

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501186

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 11 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006293) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 april 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 juni 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 april 2026 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie ook een nadere vraag gesteld. Bij brief van 16 juli 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Doorgaan Basis en Werkgever aanvulling (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft op 3 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vruchtbaarheidsbehandeling in België, namelijk een Laparoscopische Electroagulatie Ovaria behandeling (hierna: LEO-behandeling). Op 17 januari 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 23 januari 2025 is de LEO-behandeling uitgevoerd. Bij brief van 6 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat voor de LEO-behandeling een bedrag van maximaal € 4.832,93 wordt vergoed.
- 2.3. Op 5 februari 2025 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vruchtbaarheidsbehandeling in België, namelijk in-vitrofertilisatie (hierna: IVF).
- 2.4. Bij brief van 28 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster laten weten dat de aangevraagde IVF niet wordt vergoed. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 16 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de LEO-behandeling én IVF te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, en subsidiair dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van IVF te vergoeden ten laste van de zorgverzekering in plaats van die van de LEO-behandeling.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 11 december 2025 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de geldende richtlijnen te strikt interpreteert. Volgens hem is het niet toegestaan om direct na een LEO-behandeling met IVF te starten zonder een fase van intra-uteriene inseminatie (hierna: IUI). Echter, de actuele internationale richtlijn staat maatwerk en een directe keuze voor IVF toe. In de internationale evidence-based ESHRE/Monash-richtlijn 2023 is het volgende opgenomen: *“IVF could be offered in women with PCOS and anovulatory infertility, if first- or second-line ovulation induction therapies have failed”*. Deze formulering schrijft geen verplichte wachttijd, IUI of afwachtingsperiode na de LEO-behandeling voor, maar laat ruimte voor directe opschaling naar IVF bij uitgeputte alternatieven en als verdere IUI of afwachten medisch kansloos is. In de adaptatie van de Nederlandse richtlijn voor behandeling van vruchtbaarheidsproblemen bij PCOS wordt een LEO-behandeling als tweedelijnsopie genoemd, maar ook hier wordt niet geëist dat na een LEO-behandeling eerst altijd IUI of afwachten moet plaatsvinden, voordat IVF mag worden overwogen. De individuele onderbouwing door de arts is leidend. De internationale richtlijn benadrukt het volgende: *“All recommendations and practice points need to be considered in the context of regional healthcare settings, resources and regulations. Adherence to the guideline does not guarantee a successful or specific outcome in an individual or override the healthcare professional’s clinical judgment or individualised consumer preference in diagnosis and treatment”*. Voorts heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar een behandelstroomschema waarin een vaste behandelvolgorde is gesuggereerd. Dit stroomschema is inmiddels echter verouderd. In de meest recente internationale evidence-based PCOS-richtlijn (Monash/ESHRE 2023) wordt expliciet benadrukt dat beschrijvingen van voorkeursvolgordes ‘generalized’ zijn, dat maatwerk en persoonlijke omstandigheden leidend zijn, en dat IVF kan worden overwogen zodra zowel eerste- als tweedelijns ovulatie-inductie bewezen is uitgeput of niet zinvol is. Het verplicht volgen van een vaste stappenvolgorde is hiermee verlaten in het voordeel van professioneel/joint decision making, zoals ook in de disclaimer en overall principes

van de richtlijn 2023 zichtbaar is. De situatie van verzoekster is dus niet in strijd, maar juist in lijn met de actuele richtlijn. Het gebruik van een ouder stroomschema door de ziektekostenverzekeraar kan niet leidend zijn ten opzichte van deze nieuwste internationale consensus.

- 3.3. Verzoekster heeft haar medische traject toegelicht. Zij heeft het geneesmiddel letrozol en gonadotrofinen gebruikt. Dit was een langdurig, intensief en belastend traject zonder succes. Zo bleek bij het gebruik van gonadotrofinen van een stagnerende folliculaire groei en een hoge kans op overstimulatie. In Nederland gaf het ziekenhuis het volgende aan: *“Na deze teleurstellende behandeling werd na overleg met patiënte de optie gegeven om ofwel een laparoscopische electrocoagulatie van het ovarium te ondergaan (LEO) ofwel een IVF procedure te starten.”* Een LEO-behandeling wordt dus, net zoals het gebruik van gonadotrofinen, gekwalificeerd als tweedelijszorg. Beide opties, de LEO-behandeling als tweedelijsbehandeling en IVF als derdelijsbehandeling, werden dus als medisch relevant beschouwd. In een gesprek met het Nederlandse ziekenhuis werd verder toegelicht dat IVF werd gezien als de kansrijkere optie vanwege de hoge AMH-waarde, het slechte verloop van de letrozol en gonadotrofinen trajecten, en de beperkte kans op succes met een LEO-behandeling. Vervolgens is verzoekster naar België gegaan voor een second opinion. In België is haar aangeraden om eerst een LEO-behandeling te ondergaan om de kans op een succesvolle IVF te vergroten. Dit gezien de hoge AMH-waarde en de slechte kwaliteit eitjes die daarmee gepaard gaat. Door het uitvoeren van de LEO-behandeling voorafgaand aan de IVF zou de kwaliteit van de eitjes verbeteren en dat zou bevorderlijk zijn voor het IVF-traject. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een brief van de behandelend gynaecoloog uit België overgelegd waarin het volgende is opgenomen: *“In Nederland heeft zij niet gereageerd op het toedienen van gonadotrofines. Bij een AMH van 11,1 ug/l onderging ze ook >60 x een echografie. Spontaan cyclusherstel afwachten is in deze casus geen optie”*. De arts beschouwde, op basis van de volledige voorgeschiedenis en het ontbreken van enige ovulatoire activiteit, direct starten met IVF (na het uitvoeren van de LEO-behandeling) als de enige rationele, doeltreffende optie. Deze medisch-specialistische inschatting sluit aan bij de ruimte die de ESHRE/Monash-richtlijn expliciet biedt voor individuele afweging, als eerste- of tweedelijs ovulatie-inductiemethoden niet effectief zijn gebleken, en betekent dat in de situatie van verzoekster afwijking van de reguliere volgorde gerechtvaardigd en richtlijnconform was.
- 3.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van doelmatigheid, omdat direct na de LEO-behandeling IVF is ondergaan en niet eerst een periode IUI is gevolgd. In het geval van verzoekster was IUI of afwachten evenwel medisch zinloos en potentieel schadelijk, en is het direct starten met IVF dus juist doelmatig en bewezen effectief geweest. Verder had verzoekster al een andere tweedelijsbehandeling gevolgd, namelijk het gebruik van gonadotrofinen, zonder resultaat. De argumentatie van de ziektekostenverzekeraar, dat na het mislukken van de eerstelijsbehandeling had kunnen worden gekozen voor de LEO-behandeling óf IVF, kan verzoekster niet goed plaatsen. Verzoekster had toen, als gezegd, immers al een tweedelijsbehandeling ondergaan. Ook de LEO-behandeling wordt gezien als tweedelijsbehandeling.
- 3.5. Verzoekster heeft benadrukt dat de richtlijnen weliswaar richtinggevend zijn, maar dat hierop uitzonderingen mogelijk zijn, indien voorzien van een medische motivatie. Richtlijnen gelden “voor het merendeel van de populatie”. Afwijken is toegestaan en zelfs vereist bij bijzondere individuele medische omstandigheden, mits goed onderbouwd. In het onderhavige geval heeft de arts van verzoekster die individuele motivatie vastgelegd.
- 3.6. Verder heeft verzoekster haar persoonlijke omstandigheden toegelicht. Verzoekster en haar partner proberen al ruim viereneenhalf jaar zwanger te raken, waarvan tweeëneenhalf jaar met intensieve medische trajecten in het ziekenhuis. De leeftijd van verzoekster en haar partner maken verdere vertraging medisch onverantwoord, maar vooral psychisch en emotioneel was een langer traject voor haar nauwelijks nog te dragen. Door de vele teleurstellingen, eindeloze

ziekenhuisbezoeken, het steeds opnieuw hoop krijgen en keer op keer geconfronteerd worden met teleurstellende uitkomsten, kreeg verzoekster serieuze klachten van somberheid, machteloosheid en verlies aan perspectief. Het traject ging onder andere ten koste van het werk en sociale leven. Gelet op haar persoonlijke omstandigheden was het voor verzoekster noodzakelijk en menselijk om niet nog langer af te wachten of weer een kansloos IUI-traject te starten, maar daadwerkelijk te kiezen voor een behandeling die perspectief bood. Het IVF-traject in België heeft na deze zware periode direct tot een zwangerschap geleid. Daarmee is niet alleen bewezen dat dit voor verzoekster de juiste, doelmatige medische route was, maar is ook voorkomen dat de situatie zou escaleren naar serieuze psychische klachten.

- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de LEO-behandeling alleen is uitgevoerd om de succeschansen van de IVF te vergroten. Het was al duidelijk dat de LEO-behandeling niet zou zorgen voor cyclusherstel, maar het zou de kwaliteit van de eitjes verbeteren en daarmee de kans op succes van de IVF vergroten. De Nederlandse arts bood verzoekster de keuze tussen de LEO-behandeling en IVF, maar adviseerde om direct met IVF te starten. Er is hierop een second opinion gevraagd in België en daar werd geadviseerd om eerst de LEO-behandeling te ondergaan en vervolgens te starten met IVF. Het Zorginstituut benoemt in het voorlopig advies dat uit onderzoek is gebleken dat de LEO-behandeling in driekwart van de gevallen zorgt voor cyclusherstel en in een kwart van de gevallen niet. Op basis van de informatie van de artsen kan ervan worden uitgegaan dat de cyclus in dit geval niet zou zijn hersteld. Waarschijnlijk hadden de eerder uitgevoerde hormoonbehandelingen ook geen positief effect.

Er wordt gesteld dat in de richtlijn staat dat er een periode in acht moet worden genomen om te kijken of na de LEO-behandeling spontaan cyclusherstel optreedt. Dit is echter niet terug te vinden in de richtlijn. Sterker nog, volgens de richtlijn moet maatwerk worden geboden. Zowel de Nederlandse arts als de Belgische arts vond dat IVF nodig was en daarom moet deze behandeling in ieder geval worden vergoed. Als de ziektekostenverzekeraar vindt dat de LEO-behandeling niet nodig was, dan wil verzoekster die zelf betalen.

Als het standpunt van de ziektekostenverzekeraar over IVF na een LEO-behandeling eerder bekend was geweest, dan had verzoekster niet om vergoeding voor de LEO-behandeling gevraagd. Als zij vooraf had geweten dat de IVF wel was vergoed als was afgezien van de LEO-behandeling, dan had zij mogelijk een andere keuze gemaakt. Verzoekster heeft evenwel het advies van de behandelend arts gevolgd. Deze gaf van tevoren aan dat er zoveel eitjes waren dat er nooit een tot groei kwam. De hormonen moesten namelijk worden verdeeld over te veel eitjes. De LEO-behandeling is uitgevoerd om ruimte te laten ontstaan, zodat de hormoontherapie zich kon focussen op een kleiner aantal eitjes. Uiteindelijk zijn er 50 eitjes weggehaald. Dit was zelfs voor het ziekenhuis bijzonder.

Op de website van de ziektekostenverzekeraar staat dat zorg in het buitenland per behandeling moet worden aangevraagd. Daarom is duidelijk onderscheid gemaakt tussen de LEO-behandeling en de IVF. In België bestaat een ander idee over de inzet van de LEO-behandeling voorafgaand aan IVF. Daarbij komt dat het een uitzonderlijk geval betrof en dat de LEO-behandeling noodzakelijk werd geacht. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de IVF niet kan worden vergoed, vanwege de LEO-behandeling, is onbegrijpelijk. Het is achteraf makkelijk praten, maar als verzekerde zit je in een traject en wil je door. Cyclusherstel afwachten terwijl de artsen zeggen dat de kans daarop nihil is, is onbegrijpelijk.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van IVF. Hij heeft in dit verband toegelicht dat in het onderzoeksverslag van het OLVG van 6 januari 2025 staat beschreven dat bij verzoekster sprake is van PCOS. In Nederland is letrozol en FSH geprobeerd. Dit heeft niet tot een ovulatie geleid, een eisprong bleef uit. Het OLVG stelde dat verzoekster is aangewezen op een LEO-behandeling óf IVF.

- 4.2. De afkorting LEO betekent: Laparoscopische Elektrocoagulatie van de Ovaria. Dit houdt in dat een arts tijdens een kijkoperatie kleine gaatjes brandt in de eierstokken. Het doel van de LEO-behandeling is om de hormoonbalans te verbeteren en de kans te bevorderen op een natuurlijke eisprong in de maanden na de operatie. Oftewel, het doel is de kans op een natuurlijke zwangerschap te bevorderen. De afkorting IVF staat voor in-vitrofertilisatie. Bij IVF worden een eikel en zaadcellen buiten het lichaam samengebracht in een laboratorium. Als de eikel wordt bevrucht, ontstaat er een embryo. Dit embryo wordt daarna in de baarmoeder geplaatst. Door middel van hormoonstimulatie wordt de aanmaak van eicellen gestimuleerd en worden de eicellen verkregen vóórdat een eisprong heeft plaatsgevonden. Na een eisprong zijn de eicellen namelijk niet meer op te halen. Dit houdt dus in dat er sprake is van een kunstmatige zwangerschap. IVF is aangewezen wanneer er geen kans is op een natuurlijke zwangerschap. Deze beide behandelingen hebben als doel om een zwangerschap te realiseren, via verschillende behandelmethoden. De ene methode bevordert de kans op een natuurlijke bevruchting, de andere methode verplaatst het bevruchttingsproces naar buiten het lichaam.
- 4.3. Op 3 januari 2025 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een LEO-behandeling in het buitenland. Op 20 december 2024 ging verzoekster op eerste consult bij de behandelend arts en op 23 januari 2025 is bij haar een LEO-behandeling uitgevoerd. De aanvraag voor IVF bereikte de ziektekostenverzekeraar op 5 februari 2025. Hierbij ontving hij een behandelplan met eerste toediening medicatie op 13 februari 2025 en een geplande eicelpunctie rond 24 februari 2025. Op 27 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier beoordeeld en om een onderbouwing gevraagd waarom direct na een LEO-behandeling IVF is gepland. Op 14 maart 2025 ontving de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie, met daarbij een brief van 6 maart 2025 van de behandelend arts. Zij stelde hierin dat de IVF reeds was uitgevoerd en dat inmiddels 10 embryo's waren ingevroren. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk wanneer de eicelpunctie daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.
- 4.4. De LEO-behandeling heeft als behandeldoel dat de natuurlijke ovulatie op gang komt. Nadat verzoekster de LEO-behandeling had ondergaan, was zij hierna niet meer redelijkerwijs aangewezen op IVF. De eerder geconstateerde anovulatie (uitblijven van de eisprong) is immers met de LEO-behandeling behandeld. In de ESHRE richtlijn, pagina 155, staat beschreven dat 88% van de onderzoeksgroep een natuurlijke cyclus had tot aan 25 jaar na de behandeling. Het ligt in de lijn van de verwachting dat na een LEO-behandeling wordt geprobeerd om op een natuurlijke wijze zwanger te worden. Gezien de korte periode tussen de LEO-behandeling en de IVF, blijkt dat er geen intentie was om een natuurlijke zwangerschap af te wachten na de LEO-behandeling. Dit blijkt ook uit het schrijven van de behandelend arts van 6 maart 2025: *“Spontaan cyclusherstel afwachten is in deze casus geen optie”*. Dit is echter tegenstrijdig aan het behandeldoel van de LEO-behandeling, gezien deze juist wordt ingezet om de natuurlijke cyclus te herstellen. Als er na de LEO-behandeling was gepoogd om op een natuurlijke wijze zwanger te raken zonder resultaat, was er de mogelijkheid geweest om een indicatie te krijgen voor IVF. Daartoe moest dan wel eerst opnieuw worden vastgesteld dat sprake was van anovulatie. Alleen in dat geval zou verzoekster namelijk redelijkerwijs op IVF zijn aangewezen.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar toetst ook of zorg doelmatig is. Dit betekent dat hij beoordeelt of een behandeling past bij de indicatie en niet zwaarder of duurder is dan nodig. De zorg moet effectief zijn, volgens de richtlijnen van zorgaanbieders, en vergelijkbaar met wat in Nederland gebruikelijk is. Het is niet doelmatig om IVF uit te voeren direct na een LEO-behandeling. De richtlijn ESHRE beschrijft op pagina 154 dat een LEO-behandeling een doelmatige behandeling is wanneer er sprake is van anovulatie. Hier wordt niet beschreven dat een zwangerschap na een LEO-behandeling enkel kan worden bereikt door middel van aansluitende IVF. De ziektekostenverzekeraar heeft geen richtlijnen of wetenschappelijk bewijs gevonden voor de stelling dat een LEO-behandeling kan worden ingezet om de kans van slagen van IVF te vergroten.

4.6. De behandelend arts lijkt in haar onderbouwing te stellen dat zij vóór de LEO-behandeling al van plan was deze direct te laten volgen door IVF. Naast dat de ziektekostenverzekeraar geen wetenschappelijke onderbouwing heeft gevonden waarom een LEO-behandeling door IVF kan worden gevolgd, merkt hij op dat deze behandelingen niet tegelijk zijn aangevraagd. De LEO-behandeling is aangevraagd op 8 januari 2025 en de IVF op 5 februari 2025. In de aanvraag voor IVF verklaart verzoekster dat haar was geadviseerd om direct na de LEO-behandeling met het IVF-traject te starten. Als in het traject vóór de aanvraag van 8 januari 2025 al duidelijk was dat opvolgend IVF zou worden gestart, dan is de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de aanvraag van 8 januari 2025 dus onvolledig geïnformeerd. Zou de ziektekostenverzekeraar tijdig erover zijn geïnformeerd dat na de LEO-behandeling IVF was gepland, dan had hij verzoekster kunnen informeren dat door hem geen goedkeuring wordt gegeven voor beide behandelingen.

4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de LEO-behandeling in dit geval lijkt te zijn uitgevoerd met een ander doel dan waarvoor deze is bedoeld. Voor het bevorderen van het zwanger worden kan hetzij de LEO-behandeling worden uitgevoerd, hetzij het traject van IVF worden gevolgd. De keuze voor de LEO-behandeling betekent dat wordt verkend of zwanger raken op de natuurlijke manier kan. Daarom is het standpunt ingenomen dat zolang het eventuele succes van de LEO-behandeling niet wordt afgewacht, er geen medische of verzekeringsindicatie bestaat voor IVF. Het voorlopig advies van het Zorginstituut bevestigt dit standpunt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar geen bewijs kunnen vinden dat een LEO-behandeling zorgt voor een succesvollere IVF. De stellingen van verzoekster kunnen zijn ingegeven door een arts, maar medisch wetenschappelijk bewijs ontbreekt.

Het had geholpen als de ziektekostenverzekeraar vanaf het begin op de hoogte was geweest van de plannen. In dat geval had actief kunnen worden gecommuniceerd en had een en ander kunnen worden voorkomen. De ziektekostenverzekeraar had kunnen informeren en adviseren als hij bekend was geweest met het behandelplan. Op de website staat inderdaad dat zorg in het buitenland per behandeling moet worden aangevraagd. Maar nu de LEO-behandeling en de IVF blijkbaar onlosmakelijk met elkaar waren verbonden, lag het in de rede om beide in één behandelplan op te nemen. Hier lijkt immers de LEO-behandeling te zijn ingezet als onderdeel van de IVF.

Vergoeding van de kosten van IVF in plaats van die van de LEO-behandeling zou neerkomen op een coulancevergoeding. Anders kan de ziektekostenverzekeraar het niet verantwoorden. De ziektekostenverzekeraar staat niet open voor een dergelijke coulancevergoeding.

Het is niet mogelijk om te zeggen dat er eigenlijk geen aanspraak bestond op vergoeding van de LEO-behandeling, maar wel op de IVF, zodat die laatste kosten moeten worden vergoed. Uit het dossier blijkt dat verzoekster in eerste instantie op de LEO-behandeling óf IVF was aangewezen. Vervolgens is eerst gekozen voor de LEO-behandeling. Als de ziektekostenverzekeraar uit het behandelplan had kunnen opmaken dat de LEO-behandeling werd ingezet om het succes van de IVF te vergroten, was hij mogelijk tot de conclusie gekomen dat deze combinatie niet voldeed aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dan was de aanvraag volledig afgewezen. Dat in België deze behandelingen wel worden gecombineerd, doet daaraan niet af. Als ervoor was gekozen om af te zien van de LEO-behandeling, en alleen de IVF te ondergaan, dan was de IVF mogelijk wel vergoed. Maar dit is feitelijk niet gebeurd.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Richtlijnen

Verzoekster heeft een PCOS als oorzaak van anovulatie. In de Nederlandse richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) van 'Anovulatie en kinderwens 2.0' uit 2004 is beschreven dat ovulatie-inductie een behandelingsmethode is. LEO is een alternatief voor medicamenteuze ovulatie-inductie. Ovulatie-inductie is wezenlijk anders dan de 'gecontroleerde' hyperstimulatie voor IVF.

In de richtlijn 'PCOS (adaptatietraject internationale richtlijn)' van de NVOG staat de module Hoofdstuk 6 'Behandeling vruchtbaarheidsproblemen bij PCOS' uit 2021. In dit geschil zijn de paragrafen 6.5 'Laparoscopische chirurgie van het ovarium bij PCOS' en 6.7 'In-vitrofertilisatie (IVF)' van toepassing. Laparoscopische chirurgie, waaronder elektrocoagulatie van de ovaria, wordt aanbevolen bij vrouwen die clomifeencitraat resistent zijn en anovulatoire subfertiliteit hebben zonder andere fertiliteit belemmerende factoren. Bij IVF geldt de volgende aanbeveling: "overweeg IVF/ICSI behandeling bij vrouwen met PCOS en subfertiliteit als gevolg van anovulatie als op het moment dat eerdere mogelijke behandelingen zoals eerste- en tweedelijns ovulatie-inductie behandelstrategieën niet hebben geleid tot een conceptie." Deze aanbevelingen, dezelfde als in de internationale richtlijn, gelden voor verzoekster.

In de internationale richtlijn 'International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome (PCOS)' is ook een hoofdstuk opgenomen over Laparoscopic ovarian surgery (Hoofdstuk 5.6). Ook LEO, een minder intensieve vorm van ovariële chirurgie, valt onder deze ingreep. Dit is dus een andere vorm van ovulatie-inductie dan met medicatie (gonadotrofines, Clomifeen en letrozol). Aangegeven wordt, dat "Laparoscopic ovarian surgery could be second-line therapy for women with PCOS who are anovulatory and infertile, with clomiphene citrate resistance and no other infertility factors". Hierbij wordt verwezen naar een observationele studie met een groep van 149 vrouwen met PCOS. Na een 'ovarian wedge resection' met een follow-up van 15-25 jaar vond in 76% van de vrouwen een spontane zwangerschap plaats. Bij verzoekster is de LEO-behandeling uitgevoerd.

In Hoofdstuk 5.7 'In vitro fertilisation and in vitro maturation' is besproken of bij vrouwen met PCOS een IVF/ICSI behandeling effectief is om vruchtbaarheidsuitkomsten te verbeteren. Aanbeveling: "In the absence of an absolute indication for in vitro fertilisation (IVF)/intracytoplasmic sperm injection (ICSI), IVF could be offered in women with PCOS and anovulatory infertility, if first- or second-line ovulation induction therapies have failed." Dit betekent dat IVF kan worden aangeboden aan vrouwen met PCOS als eerdere ovulatie-inductie in de vorm van (niet-) medicamenteuze inductietherapie niet heeft geleid tot een zwangerschap. LEO is een chirurgische niet-medicamenteuze methode van ovulatie-inductie na de eerdere medicamenteuze ovulatie-inductie (bij verzoekster met letrozol en Gonal-f). Het effect van LEO moet dus worden afgewacht voordat een vervolgbehandeling plaatsvindt. Bij verzoekster is dit niet gebeurd.

De gynaecoloog geeft aan dat spontaan cyclusherstel afwachten bij verzoekster geen optie was. Maar nergens in de richtlijnen staat vermeld dat IVF direct na LEO plaats moet vinden. Het doel van LEO bij patiënten met PCOS is juist om de cyclus te herstellen. Vanuit de richtlijnen is deze opmerking dan ook onnavolgbaar. Verzoekster had volgens het Zorginstituut kunnen afwachten of er in de maanden na de behandeling een spontane ovulatie of zwangerschap zou optreden. Als dit niet het geval zou zijn, en er was nog steeds sprake van anovulatie, dan was er wél de mogelijkheid geweest om alsnog een indicatie te krijgen voor een IVF-behandeling.

Verzoekster had na de LEO-behandeling dus niet direct een indicatie voor IVF. Het was een optie geweest om na de niet succesvolle medicamenteuze ovulatieinductie in plaats van LEO direct IVF te doen, maar daarvoor is niet gekozen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de in-vitrofertilisatie-behandeling. De in-vitrofertilisatie-behandeling kan daarom niet ten laste van de basisverzekering worden vergoed.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een in-vitrofertilisatie-behandeling (IVF) na een laparoscopische electrocoagulatie van de ovaria (LEO-behandeling)."

- 5.2. In het definitief advies van 16 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en een aanvullend stuk ontvangen.

Uit deze stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De commissie vraagt het Zorginstituut om in te gaan op de stelling van verzoekster dat de LEO-behandeling in dit geval is ingezet voor een ander doel, namelijk optimalisatie van de IVF-behandeling.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 20 april 2026 geconcludeerd dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de in-vitrofertilisatie-behandeling. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een in-vitrofertilisatie-behandeling (IVF) na een laparoscopische electrocoagulatie van de ovaria (LEO-behandeling). Dit advies verandert zoals gezegd niet. Gezien de vraag van de commissie merkt het Zorginstituut ter nadere toelichting het volgende op.

De vraag die voorligt is of er wetenschappelijk bewijs is dat een LEO-behandeling zorgt voor optimalisatie van een IVF-behandeling.

Bij de beoordeling van wetenschappelijk bewijs oftewel of de zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' wordt, zoals aangegeven in het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk', uitgegaan van de principes van evidence-based medicine (EBM).

Hierbij wordt op gestructureerde wijze een literatuuronderzoek gedaan naar wetenschappelijke studies naar de te beoordelen behandeling.

Een positieve ervaring van één of enkele patiënten en behandelaars met een bepaalde behandeling is niet voldoende om te kunnen vertrouwen op de effectiviteit van een behandeling. De relatieve effectiviteit (effect van de nieuwe behandeling vergeleken met de standaardbehandeling) moet namelijk ook zijn aangetoond in goed opgezette wetenschappelijke studies.

Naar aanleiding van uw vraag heeft het Zorginstituut op 3 juli 2026 een search verricht naar wetenschappelijk bewijs dat een LEO-behandeling voorafgaand aan een IVF-behandeling zorgt voor optimalisatie van een IVF-behandeling ten opzichte van alleen IVF. De zoekwoorden betroffen:

- polycystic ovary syndrome (de patiëntengroep)*
- laparoscopic ovarian drilling, laparoscopic electrocoagulation of ovarian surface, laparoscopic electrocoagulation of the ovaries, transvaginal ovarian drilling in combinatie met IVF (de interventie).*

De search leverde 54 hits op. De meeste hits betroffen patiënten met PCOS in relatie tot infertiliteit, maar niet specifiek de behandeling met LEO voorafgaand aan IVF. Uiteindelijk werden in de search twee Randomized Controlled Trials (RCT's) gevonden en in een hiervan werd nog een derde RCT gevonden.

RCT Rimington et al. (1997)

In deze prospectieve gerandomiseerde studie werden 50 vrouwen met PCOS bestudeerd. Alle vrouwen kwamen in aanmerking voor IVF. Ze hadden allen ovariumstimulatie ondergaan met gonadotrofinen, waaruit geen zwangerschap was ontstaan, of die was gestaakt vanwege het hoge risico op ovarium hyperstimulatiesyndroom (OHSS). Vijfentwintig vrouwen kregen een IVF-behandeling met een embryoterugplaatsing (controlegroep). Vijfentwintig vrouwen ondergingen LEO-behandeling gevolgd door een IVF-behandeling en een embryoterugplaatsing (interventiegroep). Bij een significant groter aantal vrouwen in de controlegroep moest de behandelcyclus worden afgebroken vanwege dreigend of daadwerkelijk OHSS, vastgesteld op basis van endocriene en klinische bevindingen. De zwangerschapspercentages in beide behandelgroepen waren vergelijkbaar. De auteurs stellen dat een LEO-behandeling een potentieel nuttige behandeling is voor vrouwen bij wie eerder een IVF-behandelcyclus is afgebroken vanwege het risico op OHSS, of die in een eerdere behandelcyclus OHSS hebben doorgemaakt. Hiervan was in het onderhavig geschil geen sprake.

RCT Nada et al. (2020)

Het doel van deze RCT was het onderzoeken van de invloed van een LEO-behandeling op het zwangerschapspercentage na een ICSI-behandeling (een speciale vorm van IVF, waarbij één zaadcel direct in de eicel wordt geprikt) met terugplaatsing bij patiënten met PCOS. De studie werd uitgevoerd in twee centra in Egypte in de periode 2015–2017. Aan 285 patiënten met PCOS die resistent waren voor clomifeen en al ten minste een jaar onvruchtbaar waren, werd gevraagd om aan de studie deel te nemen. Uiteindelijk bestond de interventiegroep uit 101 patiënten die een LEO-behandeling gevolgd door een ICSI-behandeling ondergingen. De controlegroep bevatte 99 patiënten die geen LEO-behandeling maar direct een ICSI-behandeling kregen. De primaire uitkomstmaat was het percentage klinische zwangerschappen per terugplaatsingscyclus. Het percentage klinische zwangerschappen per terugplaatsingscyclus was hoger in de LEO-groep (51%) dan in de controlegroep (37%) ($p = 0,046$, statistisch significant). Het percentage levendgeborenen in beide groepen was 41% resp. 29% ($p = 0,075$, niet statistisch significant). Het percentage gevallen van OHSS was hoger in de controlegroep dan in de interventiegroep ($p = 0,046$). Geconcludeerd werd dat een LEO-behandeling bij patiënten met PCOS voorafgaand aan een ICSI-behandeling het percentage klinische zwangerschappen verhoogt en het risico op OHSS verlaagt. De auteurs geven onder andere aan dat een beperking van de studie was, dat ongeveer een derde van het aantal geschikte patiënten (85/285) uiteindelijk niet deelnam. Dit kan tot sterke vertekening van de uitkomsten (bias) hebben geleid.

RCT (pilot) Moini et al. (2023)

In deze studie werd het effect van een LEO-behandeling voorafgaand aan IVF of ICSI-cycli op zwangerschapsuitkomsten onderzocht bij vrouwen met PCOS die eerder meer dan twee mislukte IVF-pogingen ondergingen. Vierendertig vrouwen werden geëvalueerd tussen augustus 2015 en januari 2018 voor een IVF/ICSIcyclus werden verwezen naar een behandelcentrum in Iran. De deelnemers in de LEO-groep (interventiegroep) startten een maand na de ingreep met IVF/ICSIcycli volgens het GnRH-antagonistprotocol. De controlegroep onderging geen interventie voorafgaand aan de IVF/ICSI. De kwaliteit van eicellen en embryo's, de incidentie van OHSS, de percentages chemische en klinische zwangerschappen, vroege miskramen, levendgeborenen en zwangerschapscomplicaties werden tussen de groepen vergeleken. Uiteindelijk werden 34 deelnemers geëvalueerd, 17 in beide onderzoeksgroepen. De uitkomsten van de gecontroleerde ovariële stimulatie waren vergelijkbaar tussen de groepen. De incidentie van OHSS was in de LEO-groep significant lager dan in de controlegroep ($p = 0,04$). Er werd geen significant

verschil waargenomen tussen de groepen wat betreft de percentages klinische zwangerschappen, miskramen en levendgeborenen. De conclusie van de auteurs was, dat het uitvoeren van een LEO-behandeling voorafgaand aan IVF/ICSI-cycli niet tot betere zwangerschapsuitkomsten leidde bij vrouwen met PCOS. Er is een klinische studie met een grotere steekproefomvang nodig om deze resultaten te bevestigen.

Conclusie vanuit de drie gevonden RCT's is, dat niet is bewezen dat een IVF-behandeling kort na een LEO-behandeling betere IVF-resultaten geeft (zwangerschap, levendgeborenen) dan alleen IVF. Weliswaar werd in de studie van Nada aangetoond dat een LEO-behandeling voorafgaand aan een IVF-behandeling vergeleken met alleen IVF tot statistisch significant meer zwangerschappen leidde, maar niet tot meer levendgeborenen. Wel verlaagde een LEO-behandeling het risico op OHSS. In deze studie bestond een aanzienlijk risico op vertekening van de onderzoeksresultaten, zoals de grote uitval en het feit dat de studie slechts in twee centra werd uitgevoerd. De kwaliteit van het bewijs wordt dan ook als laag beoordeeld. Er zijn grotere gerandomiseerde studies nodig om de meerwaarde van de toevoeging van een LEO-behandeling aan een IVF-behandeling aan te tonen.

Op dit moment voldoet LEO-behandeling voorafgaand aan een IVF-behandeling dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor het relevante artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Ten aanzien van de LEO-behandeling geldt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar weliswaar om voorafgaande toestemming heeft gevraagd, maar zijn beslissing hierop niet heeft afgewacht. Deze situatie is vergelijkbaar met die waarin in het geheel geen toestemming is verzocht. Ten aanzien van de IVF geldt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof van Justitie echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken. Dit betekent dat de verordening geen toepassing vindt en dat voor de aard en omvang van de aanspraken de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend zijn. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 7.3. De door verzoekster in België ondergane vruchtbaarheidsbehandelingen betreffen medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 18.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv en 2.1 Rzv. Op grond van artikel 18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 7.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat de LEO-behandeling in België enkel is uitgevoerd om de succeschansen van IVF te vergroten. Het was volgens haar al duidelijk dat deze behandeling niet zou zorgen voor cyclusherstel. De LEO-behandeling zou de kwaliteit van de eitjes verbeteren en daarmee de kans op succes van IVF vergroten, aldus verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat hij geen wetenschappelijk bewijs heeft kunnen vinden dat een LEO-behandeling zorgt voor een betere uitkomst van de daaropvolgende IVF.
- 7.5. Gelet op hetgeen partijen hebben gesteld, moet de commissie in de eerste plaats beoordelen of het inzetten van een LEO-behandeling ter optimalisatie van IVF voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.6. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van de bewijs;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot het inzetten van een LEO-behandeling ter optimalisatie van IVF. Het advies van 16 juli 2026 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert dat op dit moment geen sprake is van zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Volgens het Zorginstituut is niet bewezen dat IVF kort na een LEO-behandeling betere IVF-resultaten geeft (zwangerschap, levendgeborenen) dan alleen IVF. Weliswaar werd in de studie van Nada aangetoond dat een LEO-behandeling voorafgaand IVF vergeleken met alleen IVF tot statistisch significant meer zwangerschappen leidde, maar niet tot meer levendgeborenen. Wel verlaagde een LEO-behandeling het risico op OHSS. In deze studie bestond een aanzienlijk risico op vertekening van de onderzoeksresultaten, zoals de grote uitval en het feit dat de studie slechts in twee centra werd uitgevoerd. De kwaliteit van het bewijs wordt dan ook als laag beoordeeld. Er zijn grotere gerandomiseerde studies nodig om de meerwaarde van de toevoeging van een LEO-behandeling aan IVF aan te tonen.
- 7.8. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat de inzet van een LEO-behandeling ter optimalisatie van IVF op dit moment niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Er is daarmee geen sprake van verzekerde zorg, waar het de gecombineerde behandeling betreft, zodat het primaire verzoek wordt afgewezen.
- 7.9. Bij de ziektekostenverzekeraar is, zoals eerder opgemerkt, in eerste instantie een aanvraag gedaan voor een LEO-behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft hier positief op beslist en een vergoeding van € 4.832,93 toegezegd. Gelet op het subsidiaire verzoek is de vraag of verzoekster nog kan afzien van deze vergoeding om in plaats daarvan te kiezen voor vergoeding van de kosten van IVF. De commissie overweegt als volgt.
- 7.10. In zijn advies aan de commissie van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut uiteengezet dat LEO een chirurgische niet-medicamenteuze methode van ovulatie-inductie na de eerdere medicamenteuze ovulatie-inductie (bij verzoekster met letrozol en Gonal-f) is. Het effect van LEO moet dus worden afgewacht voordat een vervolgbehandeling plaatsvindt. Bij verzoekster is dit niet gebeurd. De behandelend gynaecoloog geeft aan dat spontaan cyclusherstel afwachten bij verzoekster geen optie was. Maar nergens in de richtlijnen staat vermeld dat IVF direct na LEO moet plaatsvinden. Het doel van LEO bij patiënten met PCOS is juist om de cyclus te herstellen. Vanuit de richtlijnen is deze opmerking dan ook onnavolgbaar. Verzoekster had volgens het Zorginstituut kunnen afwachten of er in de maanden na de behandeling een spontane ovulatie of zwangerschap zou optreden. Als dit niet het geval zou zijn, en er was nog steeds sprake van anovulatie, dan was er wél de mogelijkheid geweest om alsnog een indicatie te krijgen voor IVF. Verzoekster had na de LEO-behandeling dus niet direct een indicatie voor IVF. Het was ook een optie geweest om na de niet succesvolle medicamenteuze ovulatieinductie in plaats van LEO direct met IVF te starten, maar daarvoor is niet gekozen, aldus het Zorginstituut.
- 7.11. De commissie concludeert dat, direct na de uitgevoerde LEO-behandeling, verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op IVF. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, waaronder de verwijzing naar haar persoonlijke omstandigheden, verandert die conclusie niet. Dit geldt ook voor de stelling van verzoekster dat zij, voorafgaand aan de LEO-behandeling, al een tweedelijsbehandeling had ondergaan, namelijk het gebruik van letrozol en gonadotrofinen. Zoals door het Zorginstituut wordt opgemerkt, bestond na de niet-succesvolle medicamenteuze ovulatieinductie de mogelijkheid te kiezen voor de LEO-behandeling óf IVF. Nu eerst is gekozen voor de LEO-behandeling, had het effect hiervan moeten worden afgewacht. De stelling van verzoekster dat onder omstandigheden van de richtlijnen kan worden afgewezen, leidt evenmin tot een andere conclusie. Blijkbaar zag de behandelend arts redenen om van de richtlijnen af te wijken, maar zoals door het Zorginstituut wordt opgemerkt, is deze afwijking van de richtlijnen onnavolgbaar. Het voorgaande leidt ertoe dat het subsidiaire verzoek eveneens wordt afgewezen.

Slotsom

7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

- 1.** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
- 2.** De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
- 3.** De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
- 4.** Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Zorgaanbieder

Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener die in het bezit is van een WTZa toelating.

Zorgprestatiemodel (ZPM) Beroepentabel GGZ

De beroepenstructuur in de GGZ uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit waarin die beroepen zijn opgenomen die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van cliënten in de GGZ. Deze is tevens verrijkt met de veldnorm Beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg, die nadere duiding geeft over welke beroepen voor welke taken en verantwoordelijkheden in aanmerking komen.

Zorgtraject (GGZ)

Een zorgtraject omvat alle zorg (intake, diagnostiek-, behandel- of groepsconsulten bijvoorbeeld) die voor de zorgvraag van de cliënt wordt geleverd binnen de Zorgverzekeringswet (ongeacht diagnose, setting of zorgtypering). De zorg vindt plaats binnen een setting die wordt bepaald op basis van de zorgvraag van de patiënt. De startdatum is de datum van de eerste zorgprestatie. Een zorgtraject eindigt zodra de zorgverlener en/of patiënt de behandeling afsluiten (binnen de Zvw). Daarnaast kan een zorgtraject gesloten worden vanwege de overgang naar Wlz. Een zorgtraject wordt automatisch afgesloten als er 365 kalenderdagen geen zorgprestatie (consult) is geleverd. Dit geldt ook bij een chronische zorgvraag waarbij de contactmomenten soms verspreid zijn. Dan wordt het traject ook gesloten als er 365 dagen geen consult geleverd is.

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget vanuit de Zorgverzekeringswet.

2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

U ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heeft u recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet. De kosten van zorg kunt u of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft alleen recht op vergoeding van zorg als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

3 Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of u recht heeft op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat bepalend. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
 - zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg).
- Voor GGZ (Art. 18.12) en Verpleging & verzorging (Art. 18.27) geldt een maximale vergoeding van 90% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als u kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij uw kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en u ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaalt u meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij u. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgzoeker.asr.nl.

18.2 Buitenland

Aanleveren van een nota en medisch verslag.

Voor het bepalen van de hoogte van een vergoeding ontvangen wij een medisch verslag of een ontslagbrief van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is. De ontslagbrief en de nota dienen te worden aangeleverd in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de ontslagbrief en nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de brief en nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dient u direct contact op te (laten) nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur. Wij vergoeden tot het marktconforme tarief.

SOS International kunt u bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook op uw zorgpas) of via sosinternational.nl/op-reis-en-hulp-nodig.

Bij spoedeisende zorg in het buitenland heeft u geen recht op vergoeding van een éénpersoonskamer.

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

U heeft bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. U verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Wij vergoeden tot het marktconforme tarief.

Bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland hebt u geen recht op vergoeding van een éénpersoonskamer.

U woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden maximaal tot het Nederlandse marktconforme tarief. Voor GGZ en V&V geldt een maximale vergoeding van 90% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/combinatiepolis.

U woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar u de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

18.16 Logopedie

Een logopedist helpt u bij het vaststellen en behandelen van een stoornis in uw mondfunctie. Die kan te maken hebben met ademen, stem, spraak, taal of uw gehoor. De logopedist geeft ook advies en voorlichting aan u als patiënt of verzorger van een patiënt.

Wij vergoeden de behandeling door een logopedist. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen tot gevolg heeft. Het gaat om zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Wanneer u naar een niet gecontracteerde logopedist gaat heeft u een verklaring nodig van uw (tand-)arts of orthopedagoog waaruit blijkt dat er een indicatie voor logopedie aanwezig is. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verwijzing van uw huisarts of specialist nodig waaruit blijkt dat er een medische noodzaak is voor de behandeling op een andere locatie dan de praktijk.

Individuele zittingen afasie, - preverbale logopedie, - stotteren, - Hanen-ouderenprogramma, - intergraalzorg stotteren worden verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde logopedist. Deze logopedist dient ingeschreven te staan in het voor de desbetreffende verbijzondering relevante register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Onder een logopedische behandeling verstaan wij niet behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.17 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heeft u recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvangt u van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene ook verwijzen naar een kinderarts (de eerste tien dagen na een bevalling) of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.19 en 18.20.



Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysicus audioloog en KNO-arts, de klinisch fysicus audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar andere specialisten. In het geval van infectieziekten mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprothetici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden uw verblijf in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.19 en 18.20 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie in de 3e en 4e week na de behandeling, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 91,- per nacht. In de 1e en 2e week van de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

IVF (in-vitrofertilisatie) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Als vrouw heeft u recht op vergoeding van deze zorg tot uw 43e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat. U heeft dan recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.

Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap;
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteit bevorderende behandelingen

U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteit bevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie of het ongedaan maken van een sterilisatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samengaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping uw gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemelte-spleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard. Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor de eerste 10 epilatiebehandelingen in het gelaat hebt u geen toestemming nodig. Als u daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet u daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of u nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is binnen hetzelfde vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op wetten.overheid.nl/zoeken.

18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan (doorgaans vanaf de leeftijd van 1 ½ tot 2 jaar). Uw kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen; *
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op het verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing); *
- Op tandvleesbehandeling (parodontale hulp);
- Op verdoving (anesthesie);
- Op wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- Op vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen); *
- Op behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- Op uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);
- Op kronen, bruggen en implantaten als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Deze aanspraak loopt door tot en met uw 22ste jaar als een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor uw 18e jaar geheel verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak hiervoor dient te zijn vastgesteld voor uw 18e jaar;
- Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- Op röntgenonderzoek, behalve voor röntgenonderzoek bij orthodontische hulp.
- Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, incidenteel tandheelkundig consult of het verwijderen van tandsteen, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

* Boven een bepaald aantal minuten/elementen/vullingen is vooraf toestemming vereist. Zie onderstaand:

