

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen EUCare Insurance PCC Limited te Ta'Xbiex, Malta, in deze vertegenwoordigd door Aevitae BV te Heerlen
Zaak	: EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, IVF-poging
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 1, onder e, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer	: 202100057
Zittingsdatum	: 1 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

EUCare Insurance PCC Limited te Ta'Xbiex, Malta, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae BV te Heerlen

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 juni 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 8 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 augustus 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 5 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021033792) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 6 oktober 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft het Zorginstituut hierbij drie vragen gesteld. Op 13 januari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Een kopie van dit definitieve advies is op 14 januari 2022 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft op 23 januari 2022 per e-mail gereageerd op voornoemd advies. Een kopie hiervan is op 1 februari 2022 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in vitro fertilisatie (IVF) behandeling in Cuypers & Cuypers Kinderwunschzentrum Heinsberger Höfe in Heinsberg, Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft hier op 28 februari 2020 afwijzend op beslist, omdat het maximum aantal IVF-pogingen al in 2019 was bereikt.

3.3. Verzoekster is tegen de afwijzing opgekomen, en op 16 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld zijn beslissing te handhaven. Verzoekster heeft hier op 21 april 2020 per e-mail op gereageerd, waarop de ziektekostenverzekeraar op 6 mei 2020 heeft geantwoord. Op 12 november 2020 schreef verzoekster nogmaals over het onderwerp. De ziektekostenverzekeraar reageerde op 1 december 2020 onder handhaving van zijn standpunt. Ook de correspondentie van 11 december 2020 bracht hierin geen verandering.

3.4. Op 5 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Per 1 januari 2009 zijn in het Besluit zorgverzekeringen op advies van het CVZ (een voorganger van het Zorginstituut) een aantal wijzigingen in de regelgeving betreffende IVF aangebracht (zie Staatsblad 2009, nr. 381). Eén daarvan betreft een wijziging van de definiëring van het begrip 'poging'. De aanpassing destijds van artikel 2.4, eerste lid, onder a, 3°, en van artikel 1, onder e, van het Bzv beoogde te regelen dat een poging pas gaat tellen als er een 'geslaagde follikelpunctie' heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee als poging voor de telling van het maximaal aantal pogingen dat onder de basisverzekering valt. Deze regelgeving geldt nog steeds. In de loop van de jaren is gebleken dat het begrip 'geslaagde follikelpunctie' verschillend wordt uitgelegd en dat verduidelijking nodig is. De juiste uitleg is als volgt:

'Van een 'geslaagde follikelpunctie' is sprake als het gelukt is om conform de daarvoor gebruikelijk werkwijze de follikelpunctie uit te voeren. Gebruikelijke werkwijze is dat op basis van het echobeeld wordt bepaald of er follikels in de eierstok zijn en een follikelpunctie kan plaatsvinden. Een follikel is echografisch een 'blaasje' in de eierstok dat voedende en hormoonproducerende cellen bevat en normaal gesproken ook een eicel. Bij een bepaalde follikelgrootte wordt vermoed dat de eicel rijp is en wordt een punctie uitgevoerd. Een arts gaat dus tot punctie over als deze verwacht dat er rijpe eicellen in de follikels zitten. Pas na de uitgevoerde en daarmee geslaagde follikelpunctie kan onder de microscoop worden gezien wat de opbrengst (hoeveel eicellen) en kwaliteit (rijp en in de reageerbuis leidend tot bevruchting en een embryo van goede kwaliteit) is.

Dat het begrip 'geslaagde follikelpunctie' aldus moet worden uitgelegd, blijkt uit het advies van het CVZ aan de minister van VWS uit 2009. De zinsnede in de toelichting bij de wijziging van het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2010 ("Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden") moet ook in dat licht worden gelezen.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster heeft vanuit de Zvw recht op drie IVF-pogingen. Een poging telt nadat een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Een geslaagde follikelpunctie wil zeggen dat deze conform de gebruikelijke werkwijze is uitgevoerd: op basis van echobeeld wordt bepaald of follikels in de eierstok zijn. Bij een bepaalde follikelgrootte wordt verwacht dat de eicel rijp is. Of er daadwerkelijk eicellen zijn en wat de kwaliteit is blijkt pas later. Het al dan niet aantreffen van (kwalitatief goede) eicellen heeft geen invloed op het slagen van de punctie. De punctie is geslaagd als deze op de gebruikelijke werkwijze is uitgevoerd.

Verweerder heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoekster geen recht meer heeft op een volgende IVF-poging nu zij het maximum van drie pogingen reeds gebruikt heeft. Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen."

3.5. Op 13 januari 2022 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Definitief advies

Uit het verslag 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.

Vragen SKGZ

U hebt ons een aantal vragen gesteld. Hieronder herhaal en beantwoord ik uw vragen.

"Begrijpt de commissie goed, dat ook sprake kan zijn van een geslaagde follikelpunctie als achteraf door laboratoriumonderzoek wordt vastgesteld dat er ofwel geen eicellen worden aangetroffen, ofwel dat er geen rijpe eicellen worden aangetroffen?"

Dat klopt. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat er een technisch geslaagde follikelpunctie is uitgevoerd. Dus: ongeacht de kwaliteit (bijvoorbeeld rijp of onrijp) of het aantal bij de punctie verkregen eicellen.

"Maakt dit in de eerste vraag bedoelde laboratoriumonderzoek deel uit van fase 2 of van fase 3 als genoemd in artikel 1 sub e Bzv?"

Het laboratoriumonderzoek maakt deel uit van fase 3. Een ivf- of icsi-poging bestaat uit 4 fases. Fase 1: de hormonale behandeling van eicelrijping, fase 2: het weghalen van eicellen bij de vrouw (follikelpunctie) en fase 3: de laboratoriumfase, waarin de eicellen worden bevrucht met zaadcellen en uitgroeien tot een embryo.

"Wanneer wordt toegekomen aan fase 3 als genoemd in artikel 1 sub e Bzv? Is het mogelijk dat fase 3 wordt gestart en gedeclareerd ook als blijkt dat er geen sprake is van rijpe eicellen die uit de direct daaraan voorafgaande follikelpunctie verkregen zijn?"

Aan fase 3 wordt toegekomen na het voltooien van fase 2, dus als er eicellen zijn weggenomen en in het laboratorium getracht wordt een bevruchting tot stand te brengen.

Dit is mogelijk, in de laboratoriumfase blijkt pas of een bevruchting daadwerkelijk is gelukt."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toestemming te verlenen voor de aangevraagde IVF-behandeling te Heinsberg, Duitsland.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over IVF alsmede artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar toestemming te verlenen voor de aangevraagde IVF-behandeling te Heinsberg, Duitsland. Volgens haar was ten tijde van de aanvraag het maximum van drie pogingen nog niet bereikt. Onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden van 2019 voert zij aan dat een poging pas gaat tellen als: er in fase a het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van de eicellen in het lichaam van de vrouw en in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) hebben plaatsgevonden.

Verzoekster licht toe dat indertijd een eerste behandeling is uitgevoerd, waarbij sprake was van een niet-werkende transportkoffer en de eicel verloren ging. Daarom is deze behandeling uiteindelijk niet meegeteld. De tweede behandeling werd gestart op 7 juli 2019. Er zijn toen geen eicellen aangetroffen, zodat deze behandeling niet mag meetellen voor de bepaling van het maximum. Een derde behandeling werd op 22 augustus 2019 gestart. Dit leverde één onrijpe eicel op. Het laboratorium van het Reinier de Graafziekenhuis gaf aan geen ICSI te kunnen uitvoeren. Zonder akkoord van verzoekster heeft vervolgens wel een IVF-behandeling plaatsgevonden, die niet heeft geleid tot een bevruchting. Hierna volgde een vierde behandeling waarover partijen niet verdeeld zijn, en die naar de mening van verzoekster heeft te gelden als de eerste IVF-poging.

Verzoekster verwijst naar een brief van het Alrijne Ziekenhuis. Hierin wordt verwezen naar het 'Overzicht zorgactiviteiten met een aanspraakcode' van het Zorginstituut. Op bladzijde 47 e.v. gaat het onder andere over het aantal IVF-pogingen. Geconstateerd wordt dat hierover onduidelijkheid bestond, en dat de omschrijving daarom in 2019 is aangepast. Mogelijk is de ziektekostenverzekeraar nog van de oude omschrijving uitgegaan, aldus het ziekenhuis. Verzoekster verklaart dat zij niet over een wijziging van de betreffende verzekeringsvoorwaarde is geïnformeerd.

- 6.3. Verzoekster heeft ter zitting benadrukt dat pas kan worden gesproken van een geslaagde IVF-poging als via de follikelpunctie een rijpe eicel is verkregen. Dit blijkt ook uit de polisvoorwaarden van 2019. Daarom mogen de tweede en derde poging niet worden meegeteld. Zij benadrukt dat de polisvoorwaarden van 2019 van toepassing zijn, omdat de aanvraag in 2019 is ingediend.
- 6.4. Verzoekster heeft op 23 januari 2022 per e-mail gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Zij vindt het vreemd dat de polisvoorwaarden van 2019 niet worden uitgevoerd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat een IVF-behandeling bestaat uit vier fases:
- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen;
 - b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
 - c. de bevruchting van de eicel en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - d. het één of meerdere keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoeder om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat als zodanig tellen als in fase b een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is bij dit aanpakken van het follikel op voorhand niet duidelijk of er eicellen aanwezig zijn en of deze rijp of onrijp zijn. Indien de eerste behandeling buiten beschouwing wordt gelaten, geldt voor de behandeling die op 7 juli 2019 is gestart, dat toen met de eerste fase is begonnen. De tweede en derde fase vonden plaats op 11 juli 2019. Bij de behandeling die op 22 augustus 2019 is aangevangen, vonden de tweede en derde fase plaats op 6 september van dat jaar. Tezamen met de vierde behandeling is daarmee het maximum van drie IVF-pogingen bereikt. Deze pogingen zijn gedeclareerd door Stichting Alrijne

Zorggroep en Stichting Reinier de Graafgroep, en door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Indien verzoekster meent dat een fout is gemaakt, dient zij de zorgaanbieder te vragen om correctie van de nota of nota's.

De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat zijn verzekeringsvoorwaarden zijn goedgekeurd door de Nederlandse Zorgautoriteit en dat deze niet zijn gewijzigd.

Voor de uitlatingen van het Alrijne Ziekenhuis acht de ziektekostenverzekeraar zich niet verantwoordelijk.

Overwegingen commissie

- 6.6. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, te gaan voor een behandeling. Aldus is sprake van planbare zorg en hierop ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd, en deze heeft hierop afwijzend beslist.

De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekeringsaanspraken op basis van de sociale ziektekostenverzekering van de bevoegde lidstaat - in dit geval Nederland - is beoogd. Dit betekent dat voor de beantwoording van de vraag of de toestemming al dan niet terecht werd geweigerd, moet worden bepaald of is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierbij spitst een en ander zich toe op het aantal IVF-pogingen dat reeds heeft plaatsgevonden.

- 6.7. De commissie overweegt dat de behandeling zou plaatsvinden in 2020. Ook de beoordeling van de aanvraag heeft in 2020 plaatsgevonden. Daarom beoordeelt de commissie de aanspraak aan de hand van de polisvoorwaarden van 2020.

Volgens artikel 20.1 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (2020) omvat het recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 17 (Medisch specialistische zorg) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als de verzekerde 42 jaar of jonger is. Tevens is bepaald dat een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudt:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan."

Verder is in het artikel bepaald dat een IVF-poging pas gaat tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

- 6.8. Dit komt overeen met art. 2.4, eerste lid, onder, a, 3° Bzv waarin is bepaald dat de verzekerde zorg niet omvat "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."

Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 april 2020 blijkt dat hij de tweede behandeling aanvankelijk niet heeft meegeteld voor het aantal IVF-pogingen. Als eerste poging is toen de eerste behandeling aangemerkt. Deze behandeling is gestaakt in fase c., hetgeen als achtergrond had dat door een niet-werkende transportkoffer de eicel niet langer bruikbaar was.

Lopende de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt echter gewijzigd, waarbij hij heeft verklaard dat voor de tweede behandeling eveneens de eerste, tweede en derde fase zijn gedeclareerd en vergoed.

Verzoekster heeft erop gewezen dat artikel 18.1 van voornoemde voorwaarden in dit verband duidelijk spreekt van het verkrijgen van rijpe eicellen. Ook verderop in het artikel wordt een geslaagde follikelpunctie geduid als "het verkrijgen van rijpe eicellen". Zoals het Zorginstituut in zijn advies van 5 oktober 2021 heeft overwogen en in het definitief advies van 13 januari 2021 op vragen van de commissie nog heeft toegelicht, is op grond van de geldende regelgeving sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat er een technisch geslaagde follikelpunctie is uitgevoerd. Dus: ongeacht de kwaliteit (bijvoorbeeld rijp of onrijp) of het aantal bij de punctie verkregen eicellen. De polisvoorwaarden dienen in het licht van die regelgeving te worden gelezen.

Vervolgens is de vraag hoe de tweede behandeling in 2019 moet worden beoordeeld. Volgens verzoekster zijn toen geen rijpe eicellen aangetroffen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat dit niet relevant is, omdat het in deze fase om de follikelpunctie gaat, waarbij niet op voorhand vaststaat dat eicellen worden aangetroffen en of deze al dan niet rijp zijn. Zoals hiervoor is overwogen, is dat standpunt juist en telt deze poging daarom ook mee.

- 6.9. De commissie stelt vast dat bij de derde behandeling in 2019 volgens de verklaring van verzoekster één onrijpe eicel beschikbaar kwam. Op basis van de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende regelgeving betreft het ook hier een volwaardige IVF-poging.

De stelling van verzoekster dat de behandeling heeft plaatsgevonden zonder haar akkoord wordt gepasseerd. Indien dit inderdaad het geval is, is de zorgaanbieder hierop aanspreekbaar en niet de ziektekostenverzekeraar.

Over de vierde IVF-behandeling zijn partijen niet verdeeld. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, komt het totaal aantal pogingen - na aftrek van de eerste behandeling - op drie, waarmee het maximum is bereikt.

- 6.10. Verzoekster is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd geworden. Nu hiervoor is vastgesteld dat het maximum aantal pogingen reeds in 2019 werd bereikt, bestond in 2020 geen aanspraak op een volgende behandeling ten laste van de zorgverzekering en werd ook de toestemming op grond van de verordening derhalve terecht geweigerd.

- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 februari 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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. (...)”*

Artikel 20 In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

20.1 In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 17 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan heeft u alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 20.2, Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wanneer heeft u opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons [gecontracteerde zorgaanbieders](#) vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. U heeft geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

20.2 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 17 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan heeft u geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons [gecontracteerde zorgaanbieders](#) vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 21 Audiologische zorg

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 17 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons [gecontracteerde zorgaanbieders](#) vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, kaakchirurg, jeugdarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

Bijzonderheden

- 1 Voor gehoorapparatuur zie artikel 38, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- 2 Voor diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen tot 23 jaar zie artikel 24, Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Besluit zorgverzekering

Artikel 1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- b. *verblijf*: verblijf gedurende het etmaal;
- c. *eigen bijdrage*: een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 11, derde lid van de wet;
- d. *geregistreerd geneesmiddel*: een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning of parallelhandelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- e. *in-vitrofertilisatiepoging*: zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
 - 1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 - 2°. de follikelpunctie;
 - 3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - 4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan;
- f. *vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in paragraaf 4.2 van de wet;
- g. *vereveningsjaar*: het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft;
- h. *cluster van prestaties*: het cluster «variabele zorgkosten», het cluster «vaste zorgkosten», of het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg»;
- i. *variabele zorgkosten*: de variabele kosten van in het kader van medisch-specialistische zorg verleend verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, alsmede de kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, kosten van zorg als bedoeld in artikel 2.10, dit alles voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt en de kosten van onder de dekking van een zorgverzekering vallende prestaties die niet als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;
- j. *vaste zorgkosten*: bij ministeriële regeling aangewezen kosten van zorg die voor verzekeraars niet te beïnvloeden zijn of door onvoldoende gegevens in het kader van de risicoverevening niet normeerbaar zijn, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen;
- k. [vervallen;]
- l. [vervallen;]
- m. *macro-deelbedrag*: een in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, voor een cluster van prestaties genoemd bedrag dat ex ante over de zorgverzekeraars wordt verdeeld;
- n. *deelbedrag*: een bedrag dat een zorgverzekeraar voor een cluster van prestaties ontvangt;
- o. *leeftijd en geslacht*: vereveningscriteria op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld op grond van hun leeftijd en geslacht;
- p. *FKG's*: farmaceutische kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- q. *FKG's psychische aandoeningen*: farmaceutische kostengroepen psychische aandoeningen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische psychische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- r. *Primaire DKG's*: primaire diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties in het verleden;
- s. *AVI*: aard van het inkomen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de aard van hun inkomen en hun leeftijd;
- t. *SES*: sociaaleconomische status, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun leeftijd en het inkomen per adres;

- u. *PPA*: personen per adres, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld op basis van hun leeftijd en de aard van het huishouden;
- v. *regio*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid;
- w. *GGZ-regio*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot GGZ-zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en geestelijke gezondheid;
- x. [vervallen;]
- y. [vervallen;]
- z. *MHK*: meerjarig hoge kosten, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van de zorg die zij in het verleden hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van voorspelbare zorgkosten;
- aa. *nominale rekenpremie*: een bij de berekening van de vereveningsbijdrage in aanmerking te nemen bedrag, ter hoogte van de door Onze Minister geraamde premie die een zorgverzekeraar op jaarbasis bij een premieplichtige verzekerde voor verzekerde prestaties in rekening brengt;
- bb. *geraamde kosten*: de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met na vaststelling van deze deelbedragen maar voor 1 januari van het vereveningsjaar geraamde, bij ministeriële regeling te bepalen kosten die het gevolg zijn van wijzigingen in de over het vereveningsjaar op grond van een zorgverzekering te verzekeren prestaties waarmee bij het opstellen van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, nog geen rekening kon worden gehouden;
- cc. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen gerealiseerde kosten en het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden cluster van prestaties;
- dd. *HKG's*: hulpmiddelenkostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen chronische aandoeningen op basis van het hulpmiddelengebruik in het verleden;
- ee. *DKG's psychische aandoeningen*: diagnosekostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische psychische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van diagnose behandeling combinaties in het verleden;
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. *GGZ-MHK*: meerjarig hoge kosten in de GGZ, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van geestelijke gezondheidszorg die zij in het verleden hebben genoten worden ingedeeld in klassen van kosten in de GGZ;
- ii. *kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf gedurende een onafgebroken periode van niet meer dan 1.095 dagen, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;
- jj. *FDG*: fysiotherapiediagnosegroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de fysiotherapiediagnose in het verleden;
- kk. *MVV*: meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van verpleging en verzorging, die zij in het verleden hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van kosten van verpleging en verzorging;
- ll. *hogekostencompensatie*: verevening van een percentage van hoge kosten van verzekerden boven een bepaalde drempel;
- mm. [vervallen;]
- nn. *Secundaire DKG's*: secundaire diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties in het verleden.

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, 2.8 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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. 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;
- 6°. 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 gehemelte spleten, 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.

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.