



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,  
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een fertiliteitsbehandeling met als doel eicellen te oogsten die te zijner tijd kunnen worden gedoneerd ten behoeve van haar nu nog minderjarige dochter (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 15 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Bij e-mailbericht van 15 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij, gezien de toezegging in het e-mailbericht van 6 december 2016, heeft besloten uit coulance de reeds ter declaratie ingediende kosten van € 2.286,23 aan verzoekster te vergoeden.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 29 november 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 29 januari 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de

aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 11 en 26 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018026919) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat eiceldonatie op zichzelf geen te verzekeren prestatie is, zodat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten hiervan. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 17 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De dochter van verzoekster is thans zeven jaar oud en is bekend met het Turner syndroom. Eén van de kenmerken van dit syndroom is onvruchtbaarheid. Omdat de baarmoeder van haar dochter wel goed is aangelegd, zou het in de toekomst mogelijk zijn dat zij kinderen kan baren, zij kan daarentegen niet op de natuurlijke wijze zwanger worden. Om haar dochter toch een kans te geven te zijner tijd kinderen te krijgen, heeft verzoekster besloten een fertiliteitsbehandeling te ondergaan om eicellen te oogsten ten behoeve van haar dochter.
- 4.2. Voorafgaand aan de behandeling heeft verzoekster op 6 december 2016 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de mogelijke vergoeding van de kosten. Tijdens dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de betreffende kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Dit is dezelfde dag bevestigd per e-mail.
- 4.3. Nadat vergoeding was afgewezen en verzoekster een klacht had ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, heeft deze de kosten van de behandeling van januari 2017 alsnog vergoed. Weliswaar zijn met de eerste behandeling zestien bruikbare eicellen verkregen, maar dit is onvoldoende om een reële kans te hebben om in de toekomst een kindje te baren. Hiervoor zijn twintig tot vijfentwintig eicellen nodig. Daarom heeft de behandelend arts geadviseerd nog een behandeling te ondergaan. Verzoekster heeft deze behandeling eind 2017 en begin 2018 ondergaan, en hierbij zijn dertien eicellen verkregen. Hiermee is het aantal eicellen dat nodig is voor een reële kans op een succesvolle zwangerschap bereikt. De kosten van de tweede behandeling bedragen € 2.063,08.

4.4. Verzoekster benadrukt dat zij het behandeltraject is gestart op grond van de toezegging van 6 december 2016 dat de kosten hiervan zouden worden vergoed. Om een goede behandeling van haar dochter in de toekomst mogelijk te maken, moesten er voldoende eicellen worden geoogst. Voorafgaand aan de eerste behandeling was al duidelijk dat het onwaarschijnlijk was dat dit aantal in één keer zou worden behaald, en dat zeer waarschijnlijk een tweede en mogelijk een derde behandeling nodig zou zijn. Daarom moeten ook de kosten van de tweede behandeling worden vergoed.

4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de eerste behandeling uitdrukkelijk heeft gevraagd of hij de kosten van deze behandeling zou vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft de vraag positief beantwoord, en dit per e-mail bevestigd. Verzoekster is op grond van dit antwoord gestart met de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste behandeling vergoed op basis van coulance. Een vervolgbehandeling zou echter niet worden vergoed, omdat geen aanspraak bestaat op eiceldonatie. De tweede behandeling was evenwel noodzakelijk, omdat het gewenste aantal follikels van vijftintig niet in één keer kon worden geoogst. Omdat verzoekster op een 'point of no return' zat, heeft zij de tweede behandeling ondergaan en de kosten daarvan zelf betaald. Gelet op de eerder gedane toezegging, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de kosten van de tweede behandeling alsnog te vergoeden. Verzoekster benadrukt dat op de website van de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat maximaal drie pogingen worden vergoed, zodat zij daarvan is uitgegaan.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een IVF-traject. Deze kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de doelmatigheid van de behandeling is aangetoond. De motivatie voor dit traject is de ziektekostenverzekeraar duidelijk, maar verzoekster heeft zelf geen medische indicatie voor de behandeling. Op grond van de zorgverzekering kan aanspraak bestaan op eiceldonatie indien de ontvanger een indicatie heeft voor IVF met behulp van eiceldonatie. Echter, op dit moment heeft de dochter van verzoekster, gezien haar leeftijd, geen indicatie voor deze behandeling. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige kosten.

5.2. Naar aanleiding van een telefonisch verzoek om informatie over eiceldonatie heeft de ziektekostenverzekeraar op 6 december 2016 per e-mail het volgende aan verzoekster medegedeeld: "*Voor eiceldonatie is vergoeding vanuit de basisverzekering [mogelijk]. De volgende onderdelen hiervan worden vergoed:*

*Vergoeding Nederland*

- *Stimulatie (= hormoonbehandeling) en punctie eicellen: ten laste van verzekering donor.*
- *Laboratoriumkosten en terugplaatsing bevruchte eicellen: ten laste van de verzekerde (met een indicatie voor IVF) waarbij de eiceldonatie wordt uitgevoerd."*

Gezien deze toezegging is de ziektekostenverzekeraar bereid geweest de reeds ter declaratie ingediende nota van € 2.286,23 uit coulance aan verzoekster te vergoeden. Dit is bij e-mailbericht van 15 augustus 2017 aan verzoekster medegedeeld. Verzoekster, en derden, kunnen aan deze coulancevergoeding geen verdergaande rechten ontleen. Eventuele meerkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

5.3. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 11 juli 2017 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de behandelend arts haar had geadviseerd om nog een tweede behandeling te ondergaan om de oogst groter te maken waardoor een grotere kans op een zwangerschap zou ontstaan. Bij e-mailbericht van 15 augustus 2017 is aan haar medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de meerkosten niet zal vergoeden. De tweede behandeling heeft

plaatsgevonden vanaf 13 november 2017. Verzoekster had vanaf 15 augustus 2017 de keuze om de behandeling te annuleren of om ervoor te kiezen de kosten hiervan zelf te betalen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat eiceldonatie op zichzelf geen verzekerde prestatie is, omdat de donor zelf niet op de zorg is aangewezen. Daarnaast is in de polisvoorwaarden expliciet vermeld dat geen aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van eiceldonatie. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie abusievelijk medegedeeld dat de onderhavige behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Daarom zijn de kosten van de eerste behandeling vergoed. Hierbij is vermeld dat geen medische indicatie bestond voor deze behandeling en dat daarom een tweede behandeling niet zou worden vergoed. Ook is verzoekster door de zorgaanbieder erop gewezen dat de zorg die zij heeft ondergaan ten behoeve van het invriezen van eicellen niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Het voorgaande kan niet ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de tweede behandeling te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat alleen aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg indien de verzekerde beschikt over een verwijzing naar die zorg. Verzoekster heeft evenwel geen verwijzing voor de onderhavige zorg.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van deel A-1 van de zorgverzekering en 7 van deel A-2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een fertiliteitsbehandeling met als doel eicellen te oogsten die te zijner tijd kunnen worden gedoneerd ten behoeve van haar nu nog minderjarige dochter, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van deel B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Lid 2

(…)

### **d. In-vitrofertilisatie (ivf)**

*Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.*

*Als u bij aanvang van de eerste of tweede ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt ONVZ de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.*

*Een ivf-poging houdt in:*

- 1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;*
- 2. de follikelpunctie;*
- 3. de laboratoriumfase;*
- 4. het een of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.*

*Bijzonderheden*

- 1. ONVZ vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunault score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd.*
  - 2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.*
  - 3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's – al dan niet tussentijds gecryopreserveerd – maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.*
  - 4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.*
  - 5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na ivf – geldt als nieuwe eerste poging.*
- (...)”*

- 8.4. In artikel 2, derde lid, van deel A-1 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg indien betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg of diensten. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van zorg of diensten.
- 8.5. De artikelen 2, derde lid, van deel A-1 en 6 van deel B van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, van deel A-1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.



- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Op grond van artikel 6, tweede lid, onder d, van deel B van de zorgverzekering kan aanspraak bestaan op follikelstimulatie en eicelpunctie indien betrokkene hiervoor een indicatie heeft. In artikel 2, derde lid, van deel A-1 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg indien betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg of diensten.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster geen indicatie heeft voor de onderhavige behandeling. Zij heeft de behandeling uitsluitend ondergaan om de eicellen in de toekomst te kunnen doneren aan haar thans zevenjarige dochter. Gezien de leeftijd van de dochter is nu nog geen sprake van een indicatie voor IVF met behulp van eiceldonatie. Daarom is zij redelijkerwijs niet aangewezen op de zorg en dient het verzoek te worden afgewezen.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

**Werking privaatrecht**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 december 2016 aan verzoekster medegedeeld dat de kosten van eiceldonatie ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Naar aanleiding van deze toezegging heeft de ziektekostenverzekeraar op 15 augustus 2017 besloten de in januari 2017 gemaakte kosten van de follikelstimulatie en eicelpunctie ten bedrage van € 2.286,23 uit coulance aan verzoekster te vergoeden. Hierbij is vermeld dat de eventuele meerkosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster heeft vervolgens ervoor gekozen vanaf 13 november 2017 een tweede behandeling te ondergaan, omdat de kans op een succesvolle zwangerschap van haar dochter groter is indien meer eicellen beschikbaar zijn. Ten tijde van de aanvang van de eerste behandeling kon verzoekster op grond van voornoemd e-mailbericht gerechtvaardigd erop vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan zou vergoeden. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar terecht besloten de kosten alsnog aan haar te vergoeden. Vóór aanvang van de tweede behandeling wist verzoekster evenwel dat de kosten hiervan - ten bedrage van € 2.063,08 - niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Er is daarom niet langer sprake van gerechtvaardigd vertrouwen. Hoewel de commissie begrip heeft voor het handelen van verzoekster, kan dit niet leiden tot een toewijzing van het verzoek.

**Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 september 2018,



H.A.J. Kroon

