



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Medisch specialistische zorg, HIFU-behandeling bij recidief prostaatacarcinoom, stand van de wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017

Zaaknummer : 201901582

Zittingsdatum : 20 november 2019

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

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 juli 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 23 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 16 oktober 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019047506) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 21 oktober 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft op 28 oktober 2019 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Dit betreft de publicatie 'High-Intensity Focussed Ultrasound (HIFU) als salvage behandeling van recidiverend prostaatcarcinoom: stand van zaken wetenschap en praktijk'. Een kopie hiervan is op 30 oktober 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 22 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft hierbij aanvullende vragen gesteld aan het Zorginstituut. Bij brief van 2 december 2019 heeft het Zorginstituut 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 voornoemd advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 1 ster (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Bij verzoeker is sprake van een lokaal recidief van een prostaatcarcinoom. Hij is hiervoor op 22 juli 2017 in het Zaans Medisch Centrum behandeld met High-Intensity Focussed Ultrasound (HIFU). Op 13 november 2017 is een aanvraag ingediend voor deze behandeling, voorzien van een toelichting van de behandelend arts.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 november 2017 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde HIFU-behandeling niet wordt vergoed.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 februari 2019 en 7 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. De behandelend uroloog heeft bij ongedateerde brief over verzoeker verklaard: *“[Verzoeker] heeft een lokaal recidief van zijn prostaatcarcinoom. Hij was eerder op de tumor bestraald en de therapie was destijds gekozen om de patiënt curatief te behandelen. Inmiddels is een recidief van het prostaatcarcinoom bewezen. De PSMA-scan toont geen metastasen op afstand maar wel een duidelijke activiteit in de prostaat wat overeen komt met de pathologische bevindingen van de prostaat bipten [Verzoeker] is een 73 jarige man met een uitstekende kwaliteit van leven en heeft een levensverwachting van > 10 jaar. De waarschijnlijkheid dat de patiënt aan zijn prostaatkanker, zonder een tweede curatieve behandeling zal overlijden, is heel groot. In Nederland wordt nog steeds een palliatief (niet meer genezend) beleid voor een gelokaliseerd recidief van een prostaattumor gehandhaafd. Met een tweede behandeling zou de patiënt een kans van 40-50% op genezing kunnen hebben. Het Nederlandse beleid voor een lokaal recidief prostaatcarcinoom is bijzonder; er is geen andere tumorentiteit waar bij een gelokaliseerd tumorrecidief voor een palliatief in plaats van een genezend beleid gekozen wordt. Het is verder interessant dat Nederland hier een uitzonderingspositie inneemt. Andere Europese landen passen deze (en andere) behandelingen geregeld toe en de ingreep wordt door de zorgverzekeraar vergoed (remboursement). Het onthouden van een genezende behandeling met een kleine kans op bijwerkingen/complicaties is niet conform het Nederlandse wet. (...)”*

3.6. Bij brief van 16 oktober 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *“Op 22 april 2013 heeft het Zorginstituut (toen nog het CVZ) geconcludeerd dat er op dat moment geen bewijs van voldoende methodologische kwaliteit was om HIFU als primaire behandeling van een gelokaliseerd prostaatcarcinoom of als salvage behandeling bij een lokaal recidief als effectief te beschouwen. Het Zorginstituut heeft daarom het standpunt ingenomen dat HIFU niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er werd daarbij aangegeven dat voor de beoordeling van deze behandeling goede gerandomiseerde trials nodig en - gezien de hoge prevalentie van prostaatcarcinoom - ook haalbaar zijn. (...) Naar aanleiding van een ander geschil werden in september 2017 opnieuw de wijzigingen in standpunten en richtlijnen bekeken. Tevens werd een literatuuronderzoek verricht. Opnieuw werd geconcludeerd dat er geen overtuigende evidence - voortkomend uit goed opgezette vergelijkende studies - beschikbaar was op basis waarvan het standpunt van het Zorginstituut d.d. 22 april 2013 herzien zou moeten worden. De evidence voor effectiviteit van whole-gland en focale HIFU als primaire of salvage behandeling van gelokaliseerd prostaatcarcinoom was beperkt. In de richtlijnen werd HIFU niet buiten klinische trials geadviseerd, of werd het experimentele karakter van de behandeling benadrukt. Alleen bij een lokaal recidief kon volgens sommige richtlijnen HIFU*

overwogen worden. Volgens de richtlijnen was de evidence met betrekking tot focale behandeling echter te beperkt om concrete aanbevelingen te kunnen formuleren.

Er werd op basis van bovenstaande in september 2017 geconcludeerd dat whole-gland en focale HIFU als primaire en salvage behandeling niet voldeden aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker onderging de HIFU behandeling in juli 2017. Dat betekent dat op het moment dat verzoeker zijn behandeling onderging, HIFU bij prostaatcarcinoom niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Aanvullend kan worden opgemerkt dat het in april 2018 verschenen EUnetHTA rapport met betrekking tot HIFU behandeling bij prostaatcarcinoom ook concludeert dat er voor zowel primair als recidief prostaatcarcinoom onvoldoende bewijs is dat HIFU ten minste even effectief is als actief volgen/waakzaam afwachten, radicale prostatectomie of radiotherapie.

#### Conclusie

*In juli 2017 voldeed de HIFU behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. (...)*

- 3.7. Het Zorginstituut heeft in het definitieve advies van 2 december 2019 de volgende toelichting gegeven:

*"U heeft het Zorginstituut gevraagd in te gaan op twee stellingen van verzoeker:*

- Salvage HIFU bij whole-gland werd in 2016 al vermeld in de guidelines. Verzoeker verwijst hierbij naar de bijlage van de brief van Zilveren Kruis van 14 februari 2019 (waar bovenaan met de hand staat geschreven 'bijlage 3 14 02 2019').*

- het Zorginstituut is in het voorlopig advies niet uitgegaan van de meest actuele informatie.*

*Met betrekking tot de eerste stelling merkt het Zorginstituut op dat De EAU richtlijn die aangehaald wordt in bijlage 3 (bij de brief van 14 februari 2019) is meegenomen in de beoordeling. In het voorlopig advies van het Zorginstituut is verder het volgende opgenomen over richtlijnen:*

*In de richtlijnen werd HIFU niet buiten klinische trials geadviseerd, of werd het experimentele karakter van de behandeling benadrukt. Alleen bij een lokaal recidief kon volgens sommige richtlijnen HIFU overwogen worden. Volgens de richtlijnen was de evidence met betrekking tot focale behandeling echter te beperkt om concrete aanbevelingen te kunnen formuleren.*

*Naar aanleiding van de tweede stelling merkt het Zorginstituut op dat het Zorginstituut beoordeelt of de HIFU behandeling op het moment dat verzoeker deze behandeling onderging voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker onderging zijn behandeling in juli 2017.*

*Het Zorginstituut heeft in het kader van een ander geschil in september 2017 de wijzigingen in standpunten en richtlijnen bekeken. Ook werd er literatuuronderzoek verricht. Op basis hiervan is geconcludeerd dat HIFU in september 2017 niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft derhalve alle relevante informatie betrokken bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies opgemerkt dat het in april 2018 verschenen EUnetHTA rapport met betrekking tot HIFU behandeling bij prostaatcarcinoom ook concludeert dat er voor zowel primair als recidief prostaatcarcinoom onvoldoende bewijs is dat HIFU ten minste even effectief is als actief volgen/waakzaam afwachten, radicale prostatectomie of radiotherapie."*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de HIFU-behandeling ten bedrage van € 9.888,- aan hem moet vergoeden.

- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de 'algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering. Dit artikel is op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing op deze verzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap 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.

**Zorgverzekering**

- 6.2. Bij verzoeker heeft in het verleden een curatieve behandeling plaatsgevonden. Inmiddels is sprake van een lokaal recidief van een prostaatkarcinoom. De PSMA-scan toont geen metastasen op afstand, maar wel een duidelijke activiteit in de prostaat, wat overeenkomt met de pathologische bevindingen van de prostaat biopten. Vanwege het voorgaande heeft verzoeker op 22 juli 2017 een HIFU-behandeling ondergaan. Volgens de behandelend arts was deze behandeling niet alleen noodzakelijk, maar tevens de enige mogelijkheid voor verzoeker om jaren te winnen.

- 6.3. Verzoeker voert aan dat HIFU sinds 1995 wordt toegepast bij de behandeling van prostaatkanker. De beschikbare literatuur toont aan dat een HIFU-behandeling voor patiënten met een recidief prostaatkanker een veilige behandeling is die in veel gevallen de patiënt alsnog kan genezen. Volgens verzoeker is een behandeling pas experimenteel te noemen als de techniek nog niet in grote series bij mensen is toegepast, de behandeling geen FDA-toelating heeft of er geen data zijn gepubliceerd. Alle informatie betreffende HIFU is al jaren beschikbaar. De HIFU-behandeling wordt in Nederland al sinds 2008 toegepast. De betrokken arts heeft al meer dan tweehonderd patiënten behandeld. In het door verzoeker toegestuurd rapport 'High-Intensity Focussed Ultrasound (HIFU) als salvage behandeling van recidiverend prostaatkarcinoom: stand van zaken wetenschap en praktijk' wordt de volgende conclusie getrokken: *"Vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel en de niet-inferieure oncologische uitkomsten i.v.m. radicale prostatectomie of bestraling kan een salvage HIFU worden gezien als een veelbelovend alternatief voor salvage behandeling van het lokaal recidief prostaatkarcinoom. Dit geldt zeker voor specifieke patiëntengroepen waarbij leeftijd, ziektestadium en wens van de patiënt in de richting wijzen van afzien van agressievere therapie, waarbij het risico op bijwerkingen en daardoor vermindering van de kwaliteit van leven te hoog wordt geacht. Gerandomiseerde klinisch vergelijkende studies of prospectieve series met lange follow-up en duidelijk afgebakende inclusiecriteria en heldere uitkomstdefinities zijn nodig om een hoger level of evidence te verkrijgen. De huidige beschikbare evidence uit systematische reviews geeft echter voldoende aanleiding om, in afwachting van toekomstige studies met hogere bewijskracht, HIFU als veelbelovend alternatief voor salvage behandeling van het lokaal recidief prostaatkarcinoom ook in Nederland in aanmerking te laten komen voor vergoede zorg."*

- 6.4. Verzoeker heeft tijdens de hoorzitting benadrukt dat de salvage HIFU bij whole gland in 2016 al in de guidelines stond. Verzoeker beroept zich op het rapport 'High-Intensity Focussed Ultrasound (HIFU) als salvage behandeling van recidiverend prostaatkarcinoom: stand van zaken wetenschap en praktijk' van prof. Lemmens, waarin staat salvage HIFU voor vergoeding in aanmerking moet komen. Daarnaast is de verzekeraar bij de beoordeling niet uitgegaan van de actuele informatie. Als het verzoek niet wordt toegewezen op grond van de zorgverzekering beroept verzoeker zich op het arrest van de Hoge Raad van 19 december 2014 (ECLI:NL:HR:2014:3679). Dit is het Bosentan-arrest. Verzoeker is van mening dat in zijn situatie is voldaan aan de in dit arrest genoemde voorwaarden.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat alleen aanspraak bestaat op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de zorgverzekering. De HIFU-behandeling voldoet niet aan dit criterium. Daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op deze behandeling. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt evenmin dekking voor deze zorg.

- 6.6. De commissie overweegt dat met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.7. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of een HIFU-behandeling bij recidief prostaatacarcinoom overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.8. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgeenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 16 oktober 2019 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat een HIFU-behandeling bij recidief prostaatacarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft zowel in 2013 als in 2017 een literatuursearch uitgevoerd. De daarmee gevonden publicaties gaven volgens het Zorginstituut telkens onvoldoende informatie over de effectiviteit en veiligheid van een HIFU-behandeling bij recidief prostaatacarcinoom. Op grond van het verrichte onderzoek is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat de betreffende behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 6.10. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit dan ook over. Verzoeker heeft zijn standpunt, dat een HIFU-behandeling bij recidief prostaatacarcinoom overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk, ook niet met het door hem op 28 oktober 2019 ingebrachte rapport aannemelijk gemaakt. Er is geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, zodat vergoeding ten laste van die verzekering terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.
- 6.11. Ten aanzien van het beroep van verzoeker op het Bosentan-arrest merkt de commissie op dat in de situatie van verzoeker niet is voldaan aan de in dit arrest genoemde criteria. Met name is niet voldaan aan het criterium dat de verwachting op het moment van behandelen was dat de zorg op korte termijn in het pakket zou komen. Dit wordt bevestigd doordat dat de zorg nog steeds niet is opgenomen in het pakket.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2019,



H.A.J. Kroon



# 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>)

4. Overige stukken



---

## 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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### 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.

---

## 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.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 gehemeltepleten, 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.

# Algemene voorwaarden basisverzekering

## 1 Waarop zijn de basisverzekering gebaseerd?

### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. 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. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

## 2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

## 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muerterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

### 3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- grieprikken;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- het afgeven van doktersverklaringen.

**Let op!** In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

### 3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

### 3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

### 3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.



## 29 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

### Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

### Voorwaarde voor het recht op eerstelijns verblijf

U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven;
- wanneer u jonger bent dan 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

### Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## 30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

### De zorg bestaat uit:

- medisch-specialistische zorg;
- uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

### Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

**Let op!** In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekering' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

#### Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en –adviserig
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 31	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 32	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 34	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 40	Trombosedienst

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.



### Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



## Zwanger (worden)/baby/kind

### 31 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (31.1) en geen medische noodzaak (31.2).

#### 31.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### 31.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 34,- per verblijfsdag

(€ 17,- voor de moeder en € 17,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 242,- per dag (€ 121,- voor de moeder en € 121,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 34,- ook het bedrag dat boven de € 242,- per dag uitkomt;

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### 32 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie

U heeft recht op IVF (32.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (32.2), sperma invriezen (32.3) en eicelvitricatie (32.4).

#### 32.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

#### Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.

#### Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 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-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.