



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, hysteroscopie, indicatie, doelmatigheid, gewekt  
vertrouwen  
Zaaknummer : 201602881  
Zittingsdatum : 8 november 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, Vo.nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (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 Delta Lloyd Compleet 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 verzekering Tand en Gaaf 100% tot € 1.000,- is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hysteroscopie, uitgevoerd te Antwerpen, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 juni 2016 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 brief van 24 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 8 maart 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 brief van 5 juni 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 7 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 september 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De commissie heeft verzoekster gevraagd of zij gebruik wil maken van de mogelijkheid haar standpunt mondeling toe te lichten. Verzoekster heeft hierop niet gereageerd, ook niet na de op 26 september 2017 aan haar gezonden herinnering. Daarom is zij uitgenodigd om de hoorzitting in persoon bij te wonen. Bij e-mailbericht van 22 oktober 2017 heeft verzoekster de commissie medegedeeld de hoorzitting telefonisch te willen bijwonen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 7 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 6 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017040919) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandelend gynaecoloog in zijn brief van 24 februari 2017 heeft verklaard dat de ambulante hysteroscopie van 22 januari 2016 is uitgevoerd omwille van herhaald implantatiefalen en een chronische endometritis, die bij de vorige hysteroscopie werd geconstateerd. Verzoekster was ten tijde van de behandeling reeds 43 jaar of ouder. Vrouwen van 43 jaar en ouder komen echter niet in aanmerking voor vergoeding van vruchtbaarheid gerelateerde zorg. Een diagnostische test, zoals een hysteroscopie, die wordt uitgevoerd ten behoeve van een fertiliteitsbehandeling valt hier ook onder. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op de betreffende behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 oktober 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2017 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 10 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 november 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat op basis van het dossier de hysteroscopie niet los kan worden gezien van de fertiliteitsbehandeling. Een afschrift van dit advies is op 22 november 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Bij verzoekster is op 14 april 2015 een hysteroscopie uitgevoerd in het kader van een fertiliteitsbehandeling. Deze fertiliteitsbehandeling werd niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Uit de hysteroscopie bleek dat sprake was van endometritis, en verzoekster heeft daarom een antibioticumkuur gekregen. De kosten van deze hysteroscopie zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed, ondanks dat hiervoor geen medische indicatie aanwezig was en evenmin (vooraf) sprake was van klachten. Op 22 januari 2016 heeft verzoekster weer een hysteroscopie ondergaan, omdat de behandelend arts wilde kijken of de antibioticumkuur het gewenste effect had gehad. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten van deze hysteroscopie niet vergoeden; er zou geen sprake zijn van doelmatige zorg omdat verzoekster geen klachten had en de behandeling werd uitgevoerd in het kader van

een fertiliteitsbehandeling. Dit is echter niet correct. In 2015 hield de hysteroscopie inderdaad verband met een fertiliteitsbehandeling, maar de in 2016 uitgevoerde hysteroscopie betrof een follow up hiervan, en diende ter vaststelling van een eventueel nog aanwezige endometritis. Door de hysteroscopie in 2015 te vergoeden, heeft de ziektekostenverzekeraar de indruk gewekt ook de (vervolg)hysteroscopie te zullen vergoeden.

4.2. De behandelend arts heeft op 24 februari 2017 de volgende toelichting gegeven: *"Bij bovenstaande patiënte werd op 22/01/2016 een ambulante hysteroscopie en endometriumbiopsie uitgevoerd omwille van herhaald implantatiefalen en een chronische endometritis bij de voorgaande hysteroscopie (14/04/2015)."*

4.3. Verzoekster merkt in haar brief van 5 juni 2017 op dat zij inmiddels ruim vijf maanden zwanger is. De maatstaf van doelmatigheid is haar daarom een raadsel. Zij merkt voorts op dat de ziektekostenverzekeraar de kosten verband houdende met de zwangerschap wèl vergoedt.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de eerste hysteroscopie is uitgevoerd omdat sprake was van herhaald implantatiefalen. De behandelend arts wilde daarom de baarmoeder onderzoeken om te kijken of er een ontsteking was. Als de kosten van deze hysteroscopie niet waren vergoed, zou zij dit hebben begrepen omdat dit in het kader van de fertiliteitsbehandeling had plaatsgevonden. De tweede hysteroscopie heeft echter plaatsgevonden in verband met de eerder geconstateerde endometriose. Verzoekster heeft aangevoerd dat als er één keer een ontsteking is geweest, de kans aanwezig is dat het weer terugkomt. Daarom wilde de behandelend arts vóór de volgende terugplaatsing eerst kijken of de ontsteking weg was. Dit bleek gelukkig het geval te zijn. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij geen klachten had van de endometriose, maar dat dit vaker voorkomt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster was ten tijde van de hysteroscopie in 2016 onder behandeling van een gynaecoloog in België in verband met een kindrewens. In 2015 werd bij haar ook een hysteroscopie uitgevoerd, die wèl door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De ziektekostenverzekeraar was namelijk in de veronderstelling dat sprake was van endometritis, omdat op het declaratieformulier van 10 juni 2015 was vermeld: *"gynaecoloog - hystero-scopie ivm ontsteking baarmoeder"*.

De precieze indicatie voor deze eerdere hysteroscopie is niet duidelijk. Blijkbaar is destijds een chronische endometritis geconstateerd waarvoor verzoekster een antibioticumkuur heeft gehad. De tweede hysteroscopie heeft volgens verzoekster moeten volgen om te kijken of de antibioticumkuur was aangeslagen. Het is evenwel niet logisch om pas na negen maanden een nieuwe hysteroscopie te doen ter controle. Er zijn daarnaast geen klachten aangegeven, zodat er geen reden is om te veronderstellen dat opnieuw sprake is van een - acute - endometritis. Uit de brief van verzoekster leidt de ziektekostenverzekeraar af dat de hysteroscopie in 2016 is gedaan in het kader van een fertiliteitsbehandeling en niet in het kader van buikklachten, andere klachten of anderszins gevonden afwijkingen door middel van een echo of aanvullend onderzoek.

5.2. Volgens sommigen is er een relatie tussen chronische endometritis en de uitkomsten van artificiële bevruchtingsmethoden. De chronische endometritis wordt dan behandeld om de uitkomst van bijvoorbeeld IVF te verbeteren. Er zijn echter nog geen publicaties van onderzoeken van goede kwaliteit (RCT) gepubliceerd die dit bevestigen.

Dat de hysteroscopie van 2016 niet was bedoeld ter controle van de chronische endometritis, maar in het kader van een volgende vruchtbaarheidsbehandeling wordt bevestigd in de brief van verzoekster van 1 augustus 2016. Dit impliceert dat als er geen vruchtbaarheidsbehandeling zou volgen, de controle door middel van een hysteroscopie niet nodig zou zijn geweest.

De gynaecoloog vermeldt in zijn brief van 24 februari 2017 het volgende:

*"Bij bovenstaande patiënte werd op 22/01/2016 een ambulante hysteroscopie en endometriumbiopsie uitgevoerd omwille van herhaald implantatiefalen en een chronische*

*endometritis bij de voorgaande hysteroscopie (14/04/2015).” De medisch adviseur merkt hierbij op dat in het verslag van 22 januari 2016 staat dat het gaat om endometriumbiopsen bij herhaald implantatiefalen. Er wordt in het geheel niet gesproken over een ontsteking met klachten. De medisch adviseur is daarom van oordeel dat het hier een diagnostisch onderzoek in het kader van een vruchtbaarheidsbevorderende behandeling betreft.*

- 5.3. Een fertiliteitsbehandeling bij een verzekerde ouder dan 42, die al drie ICSI-behandelingen heeft ondergaan, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Dit geldt eveneens voor de diagnostische onderzoeken die worden gedaan vanwege een fertiliteitsbehandeling. Daarnaast is het uitvoeren van een hysteroscopie in het kader van fertiliteitsonderzoek geen doelmatige zorg. Deze laatste constatering is evenwel niet relevant, aangezien de onderzoeken - als gezegd - zijn gedaan vanwege een fertiliteitsbehandeling, die niet onder de aanspraken van de zorgverzekering valt.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat verzoekster de hysteroscopie niet voorafgaand bij hem heeft aangevraagd, maar de nota achteraf ter declaratie heeft ingediend.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste hysteroscopie is vergoed, omdat hij dacht dat er een verdenking was voor endometritis. Dit stond namelijk als zodanig op de nota. Daarom was deze destijds goedgekeurd. Van de tweede hysteroscopie heeft de medisch adviseur gezegd dat er geen reden was om deze uit te voeren, omdat het een controle negen maanden ná de antibioticabehandeling betrof.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en 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 hysteroscopie, uitgevoerd op 22 januari 2016 te Antwerpen (België), 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 B.2. e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen  
Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)*

**B.4.14. Vruchtbaarheidsgelateerde zorg**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

De zorg omvat vruchtbaarheidsgelateerde zorg en met name de 1e, 2e en 3e poging IVF (invitrofertilisatiemethode) of ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en de daarbij toegepaste geneesmiddelen volgens het GVS (zie artikel B.15.), per te realiseren zwangerschap als u:

- jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1e en 2e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3e poging mogen dat er maximaal twee zijn);
  - tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er niet meer dan 2 embryo's per poging worden teruggeplaatst ;
  - 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u hebt dan recht op afronding van die poging.
- (...)"

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

**B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

**Let op!**

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

**B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en

(...)

• u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

(...)"



- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2 en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Daarom dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. Ingevolge artikel B.4.14 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vruchtbaarheidsgerelateerde zorg. In dit artikel is bepaald dat de aanspraak wordt beperkt tot verzekerden tot en met de leeftijd van 42 jaar. Verzoekster was ten tijde van de onderhavige hysteroscopie op 22 januari 2016 reeds 46 jaar oud. Zij had daarom op dat moment geen aanspraak meer op vruchtbaarheidsgerelateerde zorg ten laste van de zorgverzekering.

9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de betreffende hysteroscopie niet heeft plaatsgevonden in het kader van een vruchtbaarheidsbehandeling, maar om te controleren of de antibioticumkuur voor de op 14 april 2015 geconstateerde endometritis het gewenste resultaat had. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop aangevoerd dat volgens de verklaring van de behandelend arts geen sprake was van een ontsteking of daarmee verband houdende klachten. Voorts waren sinds de behandeling met het antibioticum al negen maanden verstreken. Tot slot heeft verzoekster in haar brief van 1 augustus 2016 zelf gesteld dat de behandeling werd uitgevoerd ter controle vanwege een volgende vruchtbaarheidsbehandeling. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 6 oktober 2017 geconcludeerd dat de onderhavige hysteroscopie heeft plaatsgevonden in het kader van een vruchtbaarheidsbehandeling. Vanwege haar leeftijd kon verzoekster op dat moment geen aanspraak meer maken op een zodanige behandeling. Om die reden wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. De commissie merkt op dat verzoekster tijdens de hoorzitting heeft toegelicht dat in 2016 de hysteroscopie weliswaar is uitgevoerd in verband met de in 2015 geconstateerde endometriose, maar dat de behandelend arts vóór de volgende implantatie wilde weten of de ontsteking weg was. De hysteroscopie heeft dus plaatsgevonden in het kader van de fertiliteitsbehandeling. Gezien het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de in 2016 uitgevoerde hysteroscopie ten laste van de zorgverzekering. De vraag naar de doelmatigheid van de behandeling behoeft daarom geen bespreking.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Gewekt vertrouwen**

9.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat bij haar de indruk is gewekt dat de hysteroscopie die in 2016 heeft plaatsgevonden zou worden vergoed, omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de hysteroscopie die is uitgevoerd in 2015 had vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat hij in 2015 in de veronderstelling was dat sprake was van endometritis, en dat de hysteroscopie in dat kader had plaatsgevonden. De commissie overweegt dat verzoekster niet zonder meer ervan uit mocht gaan dat de hysteroscopie in 2016 zou worden vergoed, alleen om reden dat dezelfde behandeling in 2015 was vergoed door de ziektekostenverzekeraar, aangezien bij de beoordeling of een behandeling kan worden vergoed van belang is om welke reden die behandeling wordt uitgevoerd.

#### **Conclusie**

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





10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2017,



P.J.J. Vonk

