



# Briefadvies nr. 21 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de terugbetaling van bijkomende IVF-cycli in het kader van PGT-M

*Vraag om advies van 27 september 2024 van de heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*

*Ontvankelijkheid van de vraag: plenaire vergadering van het Comité van 14 oktober 2024*

*Goedkeuring van het briefadvies: plenaire vergadering van het Comité van 8 december 2025*

Aan de Vice-eersteminister en minister  
van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
Frank Vandenbroucke  
Wetstraat 23  
1040 Brussel

contactpersoon	telefoon	e-mail
Sophie Bertrand, coördinator		
ons kenmerk		
G:\CSS\BIOETHIC\BUREAU\Vragen-advies\ uw kenmerk		
24INDFVDB1516		

**Briefadvies met betrekking tot de terugbetaling van bijkomende IVF-cycli in het kader van PGT-M**

Mijnheer de Minister,

Bij brief van 27 september 2024 legde u ons de volgende vraag voor :

*“Wij hebben informatie ontvangen van het RIZIV dat zij recent meermaals gecontacteerd werden door koppels met vragen over de terugbetaling van pre-implantatie diagnostiek. Deze koppels willen een pre-implantatie genetische testing (PGT-test) uitvoeren op de embryo's die gebruikt worden in het kader van een IVF- procedure. Ze willen dit doen om te vermijden dat ze mogelijk een kind op de wereld brengen indien ze beiden belast zouden zijn met een bepaald gen.*

*Deze genetische testing is een kostelijke zaak voor de ziekenhuizen - niet enkel op het vlak van materiaal, maar ook qua tijdsbesteding van het personeel. Op dit ogenblik wordt daarom bepaald dat de PGT-test enkel vergoed wordt voor koppels ingeval er reeds een bewezen familiaal erfelijke belasting bestaat. Koppels die geen duidelijk risico hebben op een kindje met een genetische afwijking, komen niet in aanmerking. Nochtans kunnen ook niet-erfelijk belaste koppels hun voordeel doen met een PGT-test. Een PGT-test op aneuploidie vermindert bijvoorbeeld op significante wijze het risico op miskramen bij koppels die reeds een voorgeschiedenis van miskramen hebben.*

*Aan de Universiteit van Gent loopt momenteel een onderzoek om de kosteneffectiviteit aan te tonen van een PGT-test bij niet-familiaal belaste koppels. Het lijkt mij evenwel ook nuttig om vanuit ethische invalshoek deze kwestie te benaderen. Er zijn immers verschillende vraagstukken die nog een antwoord behoeven, zoals de klinische meerwaarde van een dergelijke*

*test bij niet-erfelijk belaste koppels of het risico om mogelijks levensvatbare embryo's te verwerpen.*

*Ik wens bijgevolg graag een zicht te krijgen op de ethische dimensie van een mogelijke beslissing van het RIZIV om in de toekomst PGT-testing te vergoeden voor niet-erfelijk belaste koppels."*

Met het oog op het verduidelijken van de draagwijdte van uw vraag om advies in zijn verschillende aspecten, heeft het Comité in januari 2025 in eerste instantie contact opgenomen met uw kabinet. Na de overdracht van een eerste reeks aanvullende informatie, heeft uw kabinet het Comité voorgesteld om Dr. Bart Demyttenaere, gynaecoloog, Directeur beleid en studies bij Solidaris en Voorzitter van de Technische Geneeskundige Raad, te raadplegen, met het oog op een verdere verdieping van de diverse aspecten van het verzoek om advies. Deze laatste werd vervolgens uitgenodigd voor een hoorzitting die plaatsvond op 11 april 2025.

Uit de bijkomende informatie vanuit het kabinet en deze hoorzitting is gebleken dat er ons in wezen 4 verschillende vragen worden voorgelegd:

1. Is het wenselijk om de kosten voor de biopsie bij PGT (naast de kosten van de genetische analyse), die nu worden doorgerekend aan de patiënt (+/- 500 EUR), mee op te nemen in de terugbetaling van het IVF-traject door het RIZIV?
2. Is het wenselijk om een (al dan niet gedeeltelijke) terugbetaling te voorzien voor dragerschapscreening (in concreto de BeGECS test) voor mensen met kinderwens waarvan a priori geen erfelijke belasting gekend is?
3. Is het wenselijk om terugbetaling te voorzien voor PGT die buiten de traditionele, gerichte, PGT voor monogene aandoeningen (PGT-M) valt, dit wil zeggen voor koppels waarbij er geen sprake is van een gekende erfelijke familiale belasting?
4. Is het wenselijk om terugbetaling te voorzien voor meer dan 6 IVF-pogingen bij genetisch belaste koppels waarbij de embryo's worden gescreend met PGT?

De eerste vraag lijkt ons in de eerste plaats een budgettair vraagstuk te zijn dat buiten de scope van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek valt en eerder besproken moet worden in overleg met het RIZIV.

Het Comité heeft een beperkte commissie opgericht om zich over vragen 2 en 3 te buigen en daar ook reeds hoorzittingen voor georganiseerd, met het oog op het formuleren van een advies dat u te gepasten tijde zal worden meegedeeld. In afwachting daarvan wenst het Comité reeds op vraag 4 te antwoorden in de vorm van dit voorliggend briefadvies.

\* \* \*

Momenteel is er een terugbetaling voorzien voor zes IVF cycli in België, ongeacht de onderliggende reden van de IVF-behandeling (verminderde vruchtbaarheid of genetische belasting). België is daarmee een van de meest genereuze landen in [Europa](#)<sup>1</sup> en zelfs ter wereld. Uit de meest recent beschikbare [BELRAP data](#)<sup>2</sup> van 2022 blijkt dat, indien alle patiënten in een IVF traject zonder PGT-M<sup>3</sup> maximaal gebruik zouden maken van deze zes cycli, we een totale slaagkans (*cumulative live birth rate*) tussen de 54.6% en 74.5% zouden bereiken voor die groep. Momenteel worden veruit de meeste geboortes gerapporteerd in de eerste drie cycli (voor 2022 respectievelijk 6270, 1947 en 616), en beduidend minder in cycli vier tot zes (resp. 201, 76 en 16), die uiteraard ook minder vaak worden opgenomen. De respectievelijke slaagpercentages voor elk van de cycli waren 37.5%, 26.8%, 19.6%, 14.4%, 13.3% en 6.5%. Hierbij dient echter wel te worden opgemerkt dat deze sterke daling van het slaagpercentage tussen de eerste en zesde cyclus naar alle waarschijnlijkheid minder uitgesproken is voor mensen die een PGT-M cyclus ondergaan, omdat veel van hen geen onderliggend vruchtbaarheidsprobleem hebben en gemiddeld op iets jongere leeftijd een IVF-traject opstarten. Er zijn echter geen cijfers beschikbaar voor deze groep in de BELRAP data.<sup>4</sup> Ook data over de grootte van de groep mensen die nu reeds tot 6 cycli gaat in het kader van een PGT-behandeling zijn niet voorhanden.<sup>5</sup> We kunnen dus niet inschatten wat de eventuele bijkomende kost zou zijn van een uitbreiding van de terugbetaling voor deze groep.

De rationale achter de vraag die ons werd voorgelegd, is dat bij mensen in een PGT-M traject niet alle embryo's in aanmerking komen voor transfer, vermits de embryo's waarin een hoog risico of zekerheid op een ernstige genetische aandoening wordt vastgesteld, niet kunnen worden teruggeplaatst. Daardoor zouden zij met zes cycli een lagere totale kans op de geboorte van een (gezond) kind hebben dan de groep die hierboven beschreven wordt. Helaas vonden wij zoals vermeld geen cijfers terug in de BELRAP data over de slaagkansen bij PGT-M cycli. In wat volgt schetsen we evenwel kort de voornaamste wetenschappelijke, economische en ethische afwegingen die betrekking hebben op de voorliggende vraag.

---

<sup>1</sup> Cf. *European Atlas of Fertility Treatment Policies*, December 2021, <https://fertilityeurope.eu/european-atlas-of-fertility-treatment-policies/>.

<sup>2</sup> Cf. *Belgian Register for Assisted Procreation (BELRAP), IVF Report*, College van Geneesheren Reproductieve Geneeskunde, Belgique 2022, Version 2.0., 22 april 2025.

<sup>3</sup> PGT-M (pre-implantatie genetische test voor monogene aandoeningen): genetische test uitgevoerd op embryo's die via IVF zijn verkregen, met als doel een genetische variant op te sporen die verantwoordelijk is voor een gekende erfelijke monogene aandoening bij de wensouders.

<sup>4</sup> In de studie van Van Der Kelen et al. (2021) (zie voetnoot nr. 6), staat er in *Supplementary table SIV* een overzicht van "*predicted CLBR (cumulative live birth rate)*" voor PGT-M en non-PGT-M patiënten opgesplitst volgens aantal voorgaande cycli. Bij een eerste cyclus zou dat 31% vs 40% zijn, bij een zevende cyclus 21% vs 26%. Dit zou erop wijzen dat de daling voor PGT-M patiënten inderdaad minder uitgesproken is dan voor de niet-PGT-M patiënten, hoewel er alsnog een duidelijke daling merkbaar is. Deze hoge slaagpercentages in de zevende cyclus liggen echter helemaal niet in lijn met de BELRAP data, waardoor het moeilijk is ze correct te interpreteren.

<sup>5</sup> We deden navraag bij het RIZIV om een beeld te krijgen op het aantal keer dat een zesde PGT-cyclus werd uitgevoerd in België, maar daarop kon niet geantwoord worden. Men verwees ons door naar de centra zelf. Het UZ Antwerpen gaf daarop aan dat men over de afgelopen vijf jaar 804 PGT-cycli uitvoerde, waarvan er 11 een zesde cyclus betroffen. Dit is uiteraard slechts informatie uit één centrum. Het is ook niet ondenkbaar dat patiënten na enkele niet-geslaagde cycli bij grotere centra hun geluk beproeven, waardoor de cijfers daar mogelijks een ander beeld geven.

Ten eerste, hoewel het klopt dat er embryo's worden uitgesloten van transfer in een PGT-M traject, kunnen we vermoeden dat dit verlies aan embryo's in belangrijke mate door andere factoren wordt gecompenseerd, vermits de groep die een IVF traject volgt omwille van een erfelijke belasting in regel vruchtbaar is. Dit betekent dat zij – gemiddeld gezien – een hogere kans hebben dat ze een groter aantal embryo's met een hoger inplantingspotentieel zullen kunnen verkrijgen via IVF. Zelfs als er dus een selectie plaatsvindt waarbij een aantal embryo's niet worden teruggeplaatst, zou men verwachten dat zij een grotere kans hebben om zwanger te worden per embryo dat wordt teruggeplaatst en zijn er niet noodzakelijk minder embryo's van voldoende kwaliteit beschikbaar voor terugplaatsing.

Er zijn wereldwijd enkele retrospectieve studies uitgevoerd die de vergelijking maken, waaronder één van een Belgisch centrum, die methodologisch ook de meest robuuste van de vier studies is. Uit de grootschalige [studie van Van Der Kelen et al \(2021\)](#)<sup>6</sup> op basis van data van UZ Brussel blijkt dat er bij vrouwen in de PGT-M groep, die gemiddeld 2,5 jaar jonger waren (32 jaar vs 34.5 jaar), gemiddeld meer eicellen konden worden weggenomen per stimulatiedicyclus (11.8 vs 8.3) dan bij de controlegroep, maar dat er alsnog, na genetische selectie, minder embryo's beschikbaar waren voor transfer (1.7 vs 2.8 per stimulatiedicyclus), wat leidde tot een (statistisch significante) lagere cumulatieve kans op de geboorte van een gezond kind per stimulatiedicyclus (29.4% vs 35.0%). Een belangrijke kanttekening hierbij, is dat er verschillen merkbaar zijn per leeftijdscategorie. Terwijl in de jongste groep vrouwen (<27 jaar) de kans op een geboorte per stimulatiedicyclus hoger is in de PGT-M groep, zien we het omgekeerde bij vrouwen boven 27 jaar. Voor een 35-jarige vrouw, bijvoorbeeld, is het (voorspelde) slaagpercentage in de niet-PGT-groep 40%, voor de PGT-groep 25%.<sup>7</sup>

Een recente Australische [studie van Poulton et al \(2025\)](#)<sup>8</sup> rapporteert dat subfertiele IVF-patiënten 42% minder kans hebben op de geboorte van een gezond kind per embryo transfer, maar niet wat dat betekent voor hun cumulatieve kans op een kind. Een Braziliaanse [studie van Zanetti et al \(2019\)](#)<sup>9</sup> vond geen verschillen in de klinische uitkomsten tussen cycli met of zonder PGT. Een [abstract van een Amerikaanse studie door Cacchione et al \(2018\)](#)<sup>10</sup>, tenslotte, rapporteert dat PGT-M patiënten gemiddeld 20% meer stimulatiedicycli nodig hebben om eenzelfde kans op een gezond kind te bekomen dan subfertiele IVF-patiënten ( $1.5 \pm 0.85$  vs.  $1.2 \pm 0.27$ ) en een gelijkaardig aantal transfercycli.

Het algemeen beeld dat deze studies schetsen, is dat er dus wel degelijk – gemiddeld gezien – een kleinere kans is om na 6 IVF-cycli een gezond kind te bereiken voor patiënten in een

---

<sup>6</sup> Van Der Kelen A. et al., "Parameters of poor prognosis in preimplantation genetic testing for monogenic disorders", *Human Reproduction*, 36(9), 2021, p. 2558–2566.

<sup>7</sup> Van Der Kelen A. et al, *op.cit.*, 2021, *Supplementary Table S1*.

<sup>8</sup> Poulton A., Menezes M., Hardy T. et al. "IVF success rates in individuals accessing preimplantation genetic testing for monogenic conditions (PGT-M): a single centre retrospective cohort study of 572 IVF cycles", *J Assist Reprod Genet*, 2025.

<sup>9</sup> Zanetti B. et al, "Preimplantation genetic testing for monogenic diseases: a Brazilian IVF centre experience", *JBRA Assisted Reproduction*, 2019, 23(2), p. 99-105.

<sup>10</sup> Cacchione T.A. et al., "Fertile patients undergoing IVF for PGT-M require more oocyte retrievals than infertile counterparts, but achieve comparable outcomes", *Fertility and Sterility*, 110(4), e145, 2018.

PGT-M traject dan voor subfertiele patiënten, waarbij dat verschil toeneemt met de leeftijd van de vrouw.

Deze vaststelling op zich beantwoordt echter niet de vraag of het al dan niet wenselijk is terugbetaling te voorzien voor meer dan 6 cycli bij mensen in een PGT-traject. Het voornaamste argument voor een verhoging van het aantal terugbetaalde cycli bij PGT-patiënten (of verlaging van het aantal terugbetaalde cycli bij niet-PGT-patiënten) is dat hoewel de terugbetaling van eenzelfde aantal cycli rechtvaardigheid als gelijke verdeling van middelen (*equality*) respecteert, het niet leidt tot rechtvaardigheid in het eindresultaat (*equity*). Er spelen echter ook nog andere rechtvaardigheidsoverwegingen.

Indien ervoor wordt gekozen om terugbetaling te voorzien voor bijkomende cycli voor mensen in een PGT-M traject omwille van een lagere slaagkans per cyclus, is het belangrijk om in gedachten te houden dat ook andere groepen patiënten een gelijkaardige claim zouden kunnen maken om meer cycli terugbetaald te krijgen. Patiënten ouder dan 38, bijvoorbeeld, zouden ook meer cycli kunnen vragen omdat ze in verhouding tot jongere patiënten een groot aantal aneuploïde embryo's zullen hebben die niet kunnen worden teruggeplaatst. Enerzijds lijkt het aanbieden van meer cycli aan mensen met lagere slaagkansen (per cyclus) rechtvaardig te zijn als we naar de uitkomsten per patiënt kijken. Anderzijds is de investering in cycli met lagere slaagkansen minder kostenefficiënt (zeker wanneer het om dure PGT-cycli gaat), wat in het licht van de schaarse middelen die voor gezondheidszorg beschikbaar zijn, een negatieve impact heeft in termen van distributieve rechtvaardigheid.

Naast afwegingen inzake rechtvaardigheid, zouden in de overweging ook de alternatieve opties die koppels hebben in overweging genomen kunnen worden. Mensen die erfelijk belast zijn, maar wel vruchtbaar, kunnen in principe ook natuurlijk zwanger worden (in tegenstelling tot onvruchtbare koppels). Dit leidt echter tot onzekerheid en stress over de gezondheid van het toekomstige kind. Verschillende uitkomsten zijn hierbij mogelijk: de geboorte van een gezond kind, de geboorte van een kind met een ernstige aandoening, of een zwangerschapsafbreking nadat een prenatale test wijst op de aanwezigheid van een ernstige aandoening bij de foetus. Deze laatste optie is uiteraard ingrijpend en ethisch gezien meer beladen dan embryoselectie. Bovendien bleek uit de hoorzittingen van het Comité dat er ook gevallen zouden zijn waarbij een aandoening wel als voldoende ernstig wordt beschouwd voor PGT en embryoselectie, maar niet voor een zwangerschapsafbreking. Bij gebrek aan terugbetaling van extra cycli, zouden kapitaalkrachtige mensen de mogelijkheid hebben om het tweede en derde scenario te vermijden, maar niet de mensen die het financieel minder breed hebben, wat opnieuw een vorm van sociale onrechtvaardigheid veroorzaakt. Vanuit gezondheidseconomisch perspectief moet tenslotte ook worden meegenomen dat het tweede en derde scenario ook kosten met zich meebrengen die vermeden worden wanneer er een bredere toegang tot embryoselectie zou zijn. Over hoeveel gevallen dit zou gaan is echter onduidelijk.

Een bijkomend element dat hier relevant is, is dat wensouders bij hun laatste cyclus soms de vraag stellen om alsnog een geaffecteerd embryo terug te plaatsen, vermits het gezien wordt als hun “laatste kans” om een (genetisch verwant) kind te krijgen. Deze vraag komt met name voor wanneer men zowel op een “primaire” als “secundaire” aandoening test, waarbij de secundaire niet als heel ernstig beschouwd wordt, maar wel wordt meegenomen in de PGT in het kader van opportunistische screening. Bij dit soort dubbele indicatie wordt enerzijds het aantal niet-geaffecteerde embryo’s dat beschikbaar is voor transfer aanzienlijk beperkt, anderzijds is transfer van een embryo dat geaffecteerd is met de minder ernstige aandoening soms te verantwoorden.<sup>11</sup> Men kan hier bijvoorbeeld denken aan dragerschap voor zowel mucoviscidose als een licht verhoogd risico op een bepaalde kanker bij de wensouders. In dit geval is mucoviscidose de primaire indicatie voor PGT, maar plaatst men bij voorkeur ook geen embryo terug dat erfelijk belast is met een licht verhoogd risico op kanker (de secundaire indicatie). Wanneer er echter in de laatste cyclus enkel nog een embryo is dat negatief test op mucoviscidose, maar positief op het licht verhoogde risico op kanker, dan lijkt het ons verdedigbaar dat dit embryo toch in aanmerking komt voor terugplaatsing.

Hoewel de terugbetaling van extra cycli dus wel degelijk tegemoet zou komen aan een reële vraag, is het aan de bevoegde beleidsverantwoordelijkheden om de afweging te maken hoe zwaar deze vraag doorweegt in verhouding tot andere noden in de gezondheidszorg. Men dient hierbij een goede balans te vinden tussen het respecteren van het individuele recht op zorg voor elke patiënt enerzijds en een rechtvaardige verdeling van middelen van de gezondheidszorg anderzijds.

Hoogachtend,

Virginie Pirard,

Voorzitster van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

*Dit briefadvies werd voorbereid door Heidi Mertes in het kader van de werkzaamheden van de beperkte commissie “Pre-implantatie Diagnostiek van embryo’s - IVF”, die bestaat uit: Nathalie Bernheim, Franck Devaux, Jan De Lepeleire (vertegenwoordiger van het Bureau), Gilles Genicot (co-voorzitter van de beperkte commissie), Cathy Herbrand, Vincent Martin-Schmets, Heidi Mertes (co-voorzitster van de beperkte commissie), Christian Moulart, Guido Pennings, Kristien Roelens.*

---

<sup>11</sup> Op deze specifieke ethische uitdaging zal verder worden ingegaan in het komende advies over PGT.