



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem
Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, EOTTS door middel van HyProCure® bij pes planovalgus, stand van de wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 201902573
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 30 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 september 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 7 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038751) per brief aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 8 oktober 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Goed en Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster heeft al sinds haar jeugd last van doorgezakte enkels en voeten. Omdat de klachten zijn toegenomen, is zij op internet gaan zoeken naar een behandelmogelijkheid en is zij uitgekomen bij de HyProCure® behandeling.

3.3. De behandelend orthopedisch chirurg heeft op 30 april 2019 het volgende over verzoekster verklaard:

*“Bovengenoemde patiënt zag ik 23-04-2019 op de polikliniek.
Anamnese: houdt klachten van de voet. Echo geen prik gehad, was rustiger.
Wel klein ruptuurtje 9mm. Ongeveer 1x/wk 6 uur staan en lopen in dienst.
Nachtsplak helpt wel, lijkt nu iets meer DF te kunnen hebben, wil een nieuwe.
In huis soms nog op blote voeten*

Lichamelijk onderzoek: drukpijn mediaal in verloop tibialis posterior. DF met achtervoet neutraal 0-10-35. Gevoelig bij hiel. Wel rustig aspect.

Conclusie: tibialis posterior insufficiëntie graad II R bij forse pes planovalgus. Houdt klachten ondanks orthopedische schoenen.

Tevens insertietendinopathie achillespees bij verkorte kuitmusculatuur. Nu geen indicatie voor triple arthrodese. Wel nieuwe nachtsplak.

Beleid: nieuwe nachtsplak.

Indien echt aanhoudende klachten op termijn mede-beoordeling collega [naam], voor overwogen triple arthrodese.

Controle op initiatief van patiënte."

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 juli 2019 gevraagd de kosten van een HyProCure® behandeling in Hannover, Duitsland, te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 augustus 2019 per brief aan haar meegedeeld dat de betreffende kosten niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 30 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 3 januari 2020 heeft verzoekster de aangevraagde HyProCure® behandeling laten uitvoeren.
- 3.7. Op 7 oktober 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Een operatieve extra-osseous talotarsal stabilization (EOTTS) door middel van HyProCure® bij pes planovalgus (platvoet) voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de inmiddels in Duitsland uitgevoerde HyProCure® behandeling alsnog 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, de stand van de wetenschap en praktijk, en zorg in het buitenland zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster heeft de onderhavige behandeling ondergaan in een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering, zodat op grond van de verordening geen toestemming wordt verleend.
- 6.3. Verzoekster bestrijdt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar en voert aan dat zij al sinds haar jeugd last heeft van doorgezakte enkels en voeten. Vanaf dat verzoekster twintig jaar is draagt zij schoenen met steunzolen. Sinds enkele jaren bieden deze steunzolen niet meer voldoende steun aan de voeten en enkels. Zelfs het voorstel van de orthopedisch chirurg om halfhoge orthopedische schoenen te dragen leidde niet tot het gewenste resultaat. Uiteindelijk bleek een zware triple arthrodesse ingreep nog de enige oplossing. Nadien is verzoekster op internet gaan zoeken naar alternatieven en uitgekomen bij de HyProCure® behandeling. De recensies over deze ingreep waren zeer positief. Zowel de ingreep als het herstel is minimaal, en mogelijk dat na de ingreep zelfs geen orthopedische schoenen meer nodig zijn. Op 3 januari 2020 heeft verzoekster de ingreep aan haar rechterenkel laten uitvoeren in Hannover. Sindsdien heeft zij veel minder last van de klachten. Door de HyProCure® behandeling is verzoekster een zware operatie met lang herstel bespaard gebleven. Bovendien is de nu uitgevoerde behandeling door het korte herstel veel goedkoper dan de in Nederland voorgestelde triple arthrodesse ingreep.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de behandeling die verzoekster in Duitsland heeft ondergaan geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De (meer)waarde van de behandeling is namelijk nog niet wetenschappelijk aangetoond. Voorts ontbreekt een voorafgaande toestemmingen en een gerichte verwijzing voor de ingreep. Het staat verzoekster overigens vrij bij de betrokken zorgverleners aanvullende informatie op te vragen. Deze informatie kan zij rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar aanleveren.
- 6.5. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet de commissie beoordelen of de door verzoekster in Hannover ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling bestond uit een operatieve extra-osseous talotarsal stabilization (EOTTS) door middel van HyProCure® bij pes planovalgus (platvoeten). De commissie neemt voor haar beoordeling het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.
- 6.6. 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. 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 wetenschappelijk onderzoek 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 beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van

medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

6.8. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie 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.

6.9. Het Zorginstituut heeft op 6 oktober 2020 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde extra-osseous talotarsal stabilization (EOTTS) door middel van HyProCure® bij een platvoet. Weliswaar zijn zes originele studies gevonden, waarin de toepassing van deze operatie bij mensen wordt beschreven, maar er zijn geen studies met controlegroepen (RCT, randomized controlled trial) beschikbaar. Om te voldoen aan stand van wetenschap en praktijk zijn bij een veel voorkomende aandoening zoals platvoeten RCT's noodzakelijk om verschillen ten opzichte van usual care of andere interventies aan te tonen en ook de veiligheid onder grotere aantallen patiënten aan te tonen. De in Pubmed gevonden studies laten wel verbetering op enkele uitkomstmaten zien bij een redelijk percentage patiënten, maar een verschil met het natuurlijk verloop of met andere interventies kan niet worden vastgesteld. Daarom is de conclusie van het Zorginstituut in zijn advies van 7 oktober 2020 dat de bij verzoekster uitgevoerde extra-osseous talotarsal stabilization (EOTTS) door middel van HyProCure® bij platvoeten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. Op 28 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

De commissie ziet geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is om die reden niet gehouden de kosten van de betreffende behandeling te vergoeden op grond van de zorgverzekering. De verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar het eventueel ontbreken van een verwijzing of voorafgaande toestemming behoeft, gelet op het voorgaande, geen verdere bespreking meer.

6.10. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van de mogelijke voordelen van een behandeling door middel van HyProCure® ten opzichte van de reguliere behandelmethoden maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor de stelling dat een behandeling door middel van HyProCure® leidt tot een kostenbesparing voor de ziektekostenverzekeraar. Hiertoe geldt dat voor de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering beslissend is of de betreffende zorg onder de verzekeringsdekking valt. De verzekerde heeft geen recht op (vergoeding van) zorg die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, ook niet als deze zorg op termijn tot een kostenbesparing zou leiden.

6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft nog opgemerkt dat de onderhavige behandeling moet worden beschouwd als een second opinion. De commissie deelt dit standpunt niet, aangezien verzoekster heeft toegelicht specifiek voor deze behandeling te hebben gekozen na een zoektocht op het internet. Haar bedoeling was niet met de bevindingen van de Duitse arts terug te keren naar de behandelend arts in Nederland. Daarbij is er geen verwijzing van de behandelend arts in Nederland naar de kliniek in Duitsland geweest voor een second opinion.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2020,



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>)

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Univé Zorg Geregeld polis is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

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 gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”