

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : EU/EER, België, prostatectomie met behulp van Da Vincirobot, verblijf eenpersoonskamer, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 en 2.12 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202201022
Zittingsdatum : 8 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 7 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 9 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022051418) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 januari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 maart 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoeker is een verhoogde PSA-waarde geconstateerd. In verband hiermee heeft hij zich gewend tot prof. dr. A. Mottrie van het OLVZ te Aalst, België. Op 17 februari 2022 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor behandeling in dit ziekenhuis. Op 25 februari 2022 besliste de ziektekostenverzekeraar hierop positief op basis van de zorgverzekering en uitdrukkelijk niet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Dit is verzoeker toen telefonisch en schriftelijk meegedeeld. Op 28 februari 2022 is verzoeker in genoemd ziekenhuis

opgenomen, alwaar een robot geassisteerde radicale prostatectomie met lymfadenectomie is uitgevoerd.

- 3.3. Van het ziekenhuis ontving verzoeker een nota ten bedrage van € 12.548,62, die hij op 26 mei 2022 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Bij brief van 6 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hiervan € 8.601,95 wordt vergoed. Het verschil blijft voor rekening van verzoeker.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 7 juni 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hierop heeft verzoeker per e-mail nog een verklaring van de behandelend arts, gedateerd 27 juni 2022, nagestuurd. Dit heeft niet geleid tot een andere uitkomst. Ook de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen leverde geen voor verzoeker positief resultaat op.
- 3.5. Bij brief van 11 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Bij brief van 21 maart 2023 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten die voor zijn rekening zijn gebleven, ten bedrage van € 3.946,67, te vergoeden.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker aangevoerd dat hij zich op aanraden van de huisarts heeft gewend tot de Belgische arts. Er was sprake van een agressieve vorm van prostaatkanker en snel ingrijpen was noodzakelijk. Op 9 februari 2022 kon een webcamconsult plaatsvinden en de operatie kon reeds kort daarop worden gepland, namelijk op 1 maart 2022. In Nederland bedroeg de wachttijd hiervoor zes tot acht weken. Na het indienen van de aanvraag voor de behandeling in Aalst zou volgens de auto reply van de ziektekostenverzekeraar 14 dagen nodig zijn voor de beoordeling. Na herhaald aandringen van zijn kant volgde op 25 februari 2022 telefonische en schriftelijke toestemming bij brief. In deze brief wordt voor de operatie een bedrag van € 20.030,87 genoemd. Ook in de gesprekken met de medewerkers werd verzoeker verteld dat de behandeling in Nederland duurder was dan in België. Verzoeker kon kiezen voor een eenpersoonskamer, maar dit leverde zeker geen voorkeursbehandeling op. Bovendien betrof het geen vrijwillige keuze. De eerste dagen na de ingreep waren vreselijk en het herstel in relatieve rust was voor hem van wezenlijk belang. Dit blijkt ook uit de overgelegde offerte, waarin de mogelijkheid is vermeld. Volgens verzoeker is de zorg in België anders georganiseerd. Niemand heeft hem gewezen op de extra kosten. Zou hij in Nederland zijn behandeld, dan was hij de dag na de operatie al naar huis gestuurd. In België is een opname gedurende vier of vijf dagen echter gebruikelijk. Door de ziektekostenverzekeraar wordt geen rekening gehouden met alle bijkomende voordelen, zoals het feit dat de behandeling eerder kon plaatsvinden, dat de kosten nog steeds lager zijn dan het in de brief genoemde bedrag van € 20.300,87, en het gegeven dat verzoeker nu is behandeld door een gerenommeerd uroloog mét een hoger succespercentage. Verder tekent verzoeker nog aan dat hem geen zorgbemiddeling is aangeboden door de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft overigens ook kosten voor zijn rekening genomen, zoals kosten van vervoer en hulpmiddelen.
- 4.3. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker zijn standpunt nog eens herhaald en bij de afsluiting hiervan te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij geen grond ziet verzoeker de kosten van een eenpersoonskamer te vergoeden.
- In zijn brief van 25 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat vergoeding van de in een andere EU-lidstaat gemaakte kosten kan geschieden op grond van Vo. nr. 883/2004 dan wel de zorgverzekering. De toestemming op basis van artikel 20 van genoemde verordening is verzoeker onthouden omdat de behandeling ook op korte termijn in een Nederlands ziekenhuis kon plaatsvinden. Ten aanzien van de zorgverzekering is aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde behandeling tot maximaal eenmaal het Nederlandse tarief wordt vergoed. Hierbij wordt uitgegaan van een *'Kijkoperatie in de buikholte en/of wegbranden van weefsel tijdens een ziekenhuisopname bij prostaatkanker'* (DBC-code 15A080) met een vergoeding van maximaal € 20.030,87. Onder deze vergoeding vallen ook de kosten voor consulten, onderzoeken en controles. Verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, hotelkosten en vervoerskosten worden niet vergoed.
- De ziektekostenverzekeraar verwijst naar adviezen van het Zorginstituut en naar artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hieruit volgt dat de kosten van een eenpersoonskamer van vergoeding zijn uitgesloten. Dat deze kosten in rekening konden worden gebracht blijkt uit de overgelegde offerte. Hierin wordt een bedrag van € 7.965,32 voor de behandeling genoemd. Wordt gekozen voor een eenpersoonskamer dan zijn de kosten € 12.332,03. De ziektekostenverzekeraar stelt dat deze extra kosten samenhangen met de eenpersoonskamer en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- De ziektekostenverzekeraar heeft het ziekenhuis nog om een toelichting op het verschil gevraagd en hieruit is naar voren gekomen dat het verschil niet bestaat uit zorgkosten sec, maar om een opslag.
- Overigens heeft verzoeker, voor zover althans bekend, bij de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd naar de vergoeding van de in het geding zijnde kosten.
- 5.2. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt nog eens herhaald en bij de afsluiting hiervan te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 11 januari 2023 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 21 maart 2023) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

In voornoemd advies heeft het College uiteengezet dat uit het arrest Vanbraekel volgt dat de kosten die na toepassing van de Belgische sociale ziektekostenverzekering voor eigen rekening van een verzekerde blijven, mits deze tot de verzekerde prestaties behoren, gecompenseerd moeten worden tot het maximumbedrag dat in Nederland in rekening gebracht had mogen worden. Tevens heeft het College geoordeeld dat supplementen en remgelden in beginsel kosten van zorg betreffen, met uitzondering van kamersupplementen. De (ereloon)supplementen zijn een deel van het honorarium van de Belgische specialist voor het verlenen van zorg. Het honorarium in België is variabel, maar dat betekent niet dat er in bepaalde gevallen een soort bonus achteraf wordt gegeven waar geen verrichte zorg tegenover staat. Over de hoogte van de honorariumkosten/ereloonsupplementen heeft het College nog het volgende overwogen. DBC-tarieven bestaan voor een deel uit honorariumkosten, waarbij in het algemeen wordt uitgegaan van een gemiddelde: de salariskosten zijn identiek ongeacht welk ziekenhuis de DBC in rekening brengt en ongeacht de kamer waar verzekerde ligt (verpleegklasse). In de Zvw is vergoeding van hogere salariskosten

niet uitgesloten omdat dat niet nodig is. De vergoeding is onder (bijna) alle omstandigheden gemaximeerd tot het in Nederland geldende tarief voor dezelfde ingreep, waardoor er een plafond is aangebracht voor excessieve declaraties.

Uit het voorgaande volgt dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de kosten van de ereloonsupplementen voor zover de totale kosten van de behandeling het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd niet overschrijden. Dat de ereloonsupplementen zijn gekoppeld aan het verblijf in een eenpersoonskamer maakt niet dat het geen zorgkosten zijn. De kosten voor de eenpersoonskamer zijn geen zorgkosten en worden niet vergoed uit de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding van de kosten van de (ereloon)supplementen voor zover de totale kosten van de behandeling het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd niet overschrijden. Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van het kamersupplement in verband met de keuze voor een eenpersoonskamer. "

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, verblijf en het marktconforme tarief, alsmede artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 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.
- 8.2. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar tijdig om toestemming gevraagd. Hierop is een afwijzing gevolgd. In zijn brief van 25 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de reden van afwijzing is dat eenzelfde behandeling ook op korte termijn in een Nederlands ziekenhuis zou kunnen plaatsvinden. Door verzoeker is in dit verband een termijn van zes tot acht weken genoemd. Hoewel begrijpelijk is dat hij zo spoedig mogelijk wilde worden behandeld, heeft verzoeker geen medische onderbouwing gegeven van de noodzaak voor een spoediger behandeling. De commissie tekent hierbij aan dat zo die noodzaak wél had bestaan, verzoeker de mogelijkheid had zorgbemiddeling te vragen teneinde de termijn van zes tot acht weken nog te bekorten. Dit volgt uit artikel 11 Zvw. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat hem geen zorgbemiddeling is aangeboden, maar de ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat door verzoeker hierover ook geen contact is gezocht. Dit laatste heeft verzoeker niet bestreden. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 terecht is geweigerd.
- 8.3. Waar het de vergoeding op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering betreft, bestaat tussen partijen geen verschil van mening dat het hier gaat om verzekerde zorg waarop verzoeker

redelijkerwijs was aangewezen, die doelmatig is, terwijl tevens aan de formele vereisten - met name in de vorm van een verwijzing - is voldaan.

Artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van het wettelijk maximumtarief dan wel - bij ontbreken hiervan - het marktconforme tarief. Hieronder wordt verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het in dit geval om een bedrag van € 20.030,87. Verzoeker heeft de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code en van het hiervoor genoemde bedrag niet bestreden. De commissie merkt op dat in de brief van 25 februari 2022 nadrukkelijk is vermeld dat het hierbij gaat om de maximale vergoeding. De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten en alleen voor zover hiervoor dekking bestaat op grond van de zorgverzekering.

- 8.4. Verzoeker heeft gekozen voor een éénpersoonskamer. Uit de samenvatting van de kosten op de factuur van 4 mei 2022 volgt dat het totaal bedrag van de ingreep € 12.548,62 bedraagt. Een bedrag van € 350,84,- is in rekening gebracht als kamersupplement en € 3.595,83 voor supplementen aan het honoraria van zorgverleners. Het Zorginstituut stelt in het advies van 11 januari 2023 dat het voormalige College voor Zorgverzekeringen (het huidige Zorginstituut) eerder heeft geoordeeld dat supplementen en remgelden in beginsel kosten van zorg betreffen met uitzondering van kamersupplementen. Het Zorginstituut concludeert dat de ereloon-supplementen een deel van het honorarium van de Belgische specialisten zijn voor het verlenen van zorg en dat deze kosten voor vergoeding in aanmerking komen. De commissie ziet geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat het bedrag van € 3.595,83 voor vergoeding in aanmerking komt voor zover de totale kosten van de behandeling het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden hiervoor als redelijk wordt beschouwd niet overschrijden. Het bedrag van € 350,84 als kamersupplement blijft voor rekening van verzoeker. Zoals eerder overwogen hanteert de ziektekostenverzekeraar een maximale vergoeding van € 20.030,87. De totale kosten van de operatie - onder aftrek van het kamersupplement voor de éénpersoonskamer - bedragen € 12.197,78 en blijven hiermee onder de maximale vergoeding. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de reeds verleende vergoeding aan te vullen tot een bedrag van totaal € 12.197,78.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de reeds aan verzoeker verleende vergoeding voor de behandeling in het OLVZ te Aalst, België, aan te vullen tot een bedrag van € 12.197,78
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 3 april 2023

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
4. De vergoeding voor verblijf als bedoeld in het eerste lid dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg bedraagt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag.

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.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 verslachte 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.

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.

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.

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. (...)*”