

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202402031

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 11 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 31 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 januari 2025 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 16 januari 2025 heeft verzoekster hierop gereageerd en een zestal studies overgelegd. Afschriften hiervan zijn in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Bij brief van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025000057) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 februari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster door de commissie in gelegenheid gesteld de facturen van de tweede chirurgische ingreep - op 26 november 2024 - en de medicatie, alsmede de desbetreffende afwijzende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar over te leggen. Bij e-mailbericht van 6 maart 2025 heeft verzoekster de gevraagde informatie aangeleverd. Afschriften van de stukken zijn op 7 maart 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze tevens is verzocht hetgeen door verzoekster ter zitting is verklaard intern te bespreken en de commissie over de uitkomst hiervan te informeren. Bij brief van 18 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan verzoekster gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 30 april 2025 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze brief is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de reacties van partijen van 6 maart 2025, 18 maart 2025 en 30 april 2025 zijn op 7 mei 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 januari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Zorg Vrij (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Jij & Vitaal en Fit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster en haar partner zijn in januari 2024 een IVF-traject gestart bij het Life Expert Centre in Leuven, België. Voorafgaand aan het IVF-traject moest verzoekster verschillende onderzoeken en tests ondergaan, onder andere een MRI-scan. Bij de MRI-scan is een adenomyoom ontdekt in de spierlaag van de baarmoeder. Bij e-mailbericht van 15 juli 2024 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van een adenomyomectomie, uit te voeren in het Life Expert Centre in Leuven. Bij brief van 13 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.
- 2.3. Op 19 september 2024 heeft verzoekster de aangevraagde ingreep in Leuven laten uitvoeren.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie aanvankelijk verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 19 september 2024 in Leuven uitgevoerde adenomyomectomie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Ter zitting heeft verzoekster haar verzoek uitgebreid en de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar tevens is gehouden de kosten van een op 26 november 2024 in Leuven uitgevoerde tweede operatie (inclusief medicatie) te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft toegelicht dat bij de MRI-scan een adenomyoom werd ontdekt van circa 3 centimeter doorsnede. Het relatief grote adenomyoom zat in de spierlaag van de baarmoeder en was daar waarschijnlijk al langer aanwezig. Dit laatste concludeert verzoekster uit het feit dat zij al geruime tijd kampte met klachten, waaronder heftige menstratiepijnen, bloedingen, onverklaarbare pijn rond haar navel, pijn tijdens de ovulatie en pijn bij het vrijen. In 2023 is bij verzoekster een hysteroscopie uitgevoerd, maar toen werd behalve een poliep niets gevonden. Dat het in Leuven ontdekte adenomyoom moest worden verwijderd was voor verzoekster meteen duidelijk. Niet alleen voor een succesvolle IVF-behandeling, maar ook om van haar klachten af te

komen. Daarom heeft verzoekster ervoor gekozen de operatieve ingreep in september 2024 te laten uitvoeren. Omdat het adenomyoom op dat moment niet geheel kon worden verwijderd (er was al 2 liter in de baarmoeder gepompt en de artsen wilden een perforatie voorkomen) moest verzoekster op 26 november 2024 nogmaals worden geopereerd om de rest te laten weghalen.

- 3.3. Naast het feit dat de kinderwens van verzoekster een belangrijke reden was voor de ingreep, wil zij benadrukken dat de verwijdering van het adenomyoom essentieel was voor haar gezondheid en welzijn. Daarbij heeft, volgens de behandelend arts, dit specifieke type myoom wél invloed op de vruchtbaarheid. De baarmoeder van verzoekster moet namelijk in een goede staat zijn om de embryo's van haar zus te ontvangen en de kans op een innesteling te vergroten. Het adenomyoom zorgt voor een immuunreactie en dat is niet goed voor een succesvolle innesteling. Recent gepubliceerd onderzoek steunt deze constatering. De redenering van de ziektekostenverzekeraar om de kosten van de ingrepen in september en november 2024 niet te vergoeden kan verzoekster niet volgen. Volgens de ziektekostenverzekeraar wordt een myomectomie in principe alleen verricht bij patiënten die nog een kinderwens hebben en die hun uterus willen behouden. Verzoekster stelt dat dit bij haar aan de orde is.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat zij al enige tijd last had van klachten zoals heftige menstratiepijnen, bloedingen, onverklaarbare pijn rond haar navel, en pijn tijdens de ovulatie en geslachtsgemeenschap. Omdat verzoekster ook kampte met een prikkelbaar darmsyndroom en een burn-out, waarvoor zij contacten onderhield de huisarts, heeft zij voornoemde klachten nooit specifiek met de huisarts besproken. Wel had verzoekster het gevoel dat er iets mis was. Pas toen tijdens het IVF-traject in België een MRI-scan was gemaakt, wat de eerste stap van het traject vormt, werd duidelijk dat er een goedaardige tumor in haar baarmoeder zat. Dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het verwijderen hiervan niet wil vergoeden stoort verzoekster zeer. Niet alleen omdat het verwijderen een medisch noodzakelijke ingreep is, die los staat van het IVF-traject, maar ook omdat de ziektekostenverzekeraar de hiermee samenhangende kosten - zoals de gemaakte MRI en de toegediende medicatie - wel heeft vergoed. Daar komt bij dat in 2023 bij verzoekster een poliep is verwijderd en de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan heeft vergoed. Deze verwijdering is vergelijkbaar met de in België uitgevoerde ingreep. Ook toen was verzoekster bezig met een IVF-traject. Verder geldt dat verzoekster in het najaar van 2024 in België een tweede operatie heeft moeten ondergaan vanwege het adenomyoom. Hiervoor heeft zij ook medicatie voorgeschreven gekregen. De kosten van zowel deze operatie als de medicatie (totaal € 1.500,-) zijn eveneens door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.5. In reactie op hetgeen de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 18 maart 2025 stelt, heeft verzoekster verklaard dat zij sinds de hoorzitting bij de commissie op 5 maart 2025 intensief heeft geprobeerd een onafhankelijke second opinion te verkrijgen om haar standpunt verder te onderbouwen. Door de lange wachttijden is het voor haar echter niet mogelijk tijdig een dergelijke second opinion aan te leveren. Verder voert verzoekster aan dat hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt inconsequent en inhoudelijk onjuist is. De in België behandelde klachten zijn objectief aannemelijk, langdurig aanwezig geweest, en sinds de operatie volledig verdwenen – wat de effectiviteit en noodzaak van de ingreep bevestigt. Doordat de ziektekostenverzekeraar andere, vergelijkbare behandelingen wel vergoedt, handelt deze zeer selectief, wat wijst op inconsequent beleid. De verwijzing door de ziektekostenverzekeraar naar de richtlijn 'Hevig Menstrueel Bloedverlies' is onvolledig, omdat deze zich beperkt tot bloedingsproblematiek en geen rekening houdt met andere symptomen of de aanwezigheid van een adenomyoom dat een vervorming van de baarmoeder veroorzaakt. De klachten van verzoekster, evenals de omvang en locatie van het adenomyoom (in de spierwand), vormden op zichzelf een duidelijke medische indicatie voor verwijdering.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij verzoekster een adenomyoom van circa 3 centimeter doorsnede is geconstateerd, waarvoor zij operatieve verwijdering wenste. De hiervoor ingediende aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat deze betrekking heeft op vruchtbaarheidsgerelateerde zorg. Artikel 2.4, eerste lid, sub a, onder 4, van het Besluit zorgverzekering sluit vruchtbaarheidsgerelateerde zorg uit voor vrouwen van 43 jaar en ouder, behoudens IVF-pogingen die vóór het bereiken van de leeftijd van 43 jaar zijn gestart. In de situatie van verzoekster werd het myoom vastgesteld tijdens een MRI-onderzoek in het kader van een IVF-donortraject. Op het moment van de aanvraag was verzoekster 45 jaar oud, waardoor de aangevraagde zorg uitgesloten is van vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster is tegen de afwijzende beslissing opgekomen en zij heeft aangevoerd dat de behandeling niet uitsluitend in verband staat met het IVF-donortraject. Volgens verzoekster is de operatieve verwijdering van het myoom ook noodzakelijk om haar gezondheid en welzijn te verbeteren. Gelet op deze stelling heeft de ziektekostenverzekeraar de huisarts verzocht de klachten van verzoekster te objectiveren en uiteen te zetten wat reeds met deze klachten is gedaan. Op 17 september 2024 ontving de ziektekostenverzekeraar een schriftelijke verklaring van het ziekenhuis in Leuven, inclusief een verklaring van de huisarts met de tekst: "ik heb geen verdere informatie dan dit".
- 4.3. Na ontvangst van de verklaring van de huisarts heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe inhoudelijke beoordeling gedaan. Volgens de Nederlandse richtlijn 'Hevig Menstrueel Bloedverlies' wordt een myomectomie in principe alleen uitgevoerd bij patiënten die een kinderwens hebben en hun baarmoeder willen behouden. Voor submucose myomen is bewezen dat zij invloed hebben op de fertiliteit. Anders is dit voor intramurale of subsereuze myomen. Bij verzoekster was sprake van een intramuraal myoom. Voor zover de behandeling wordt aangevraagd in verband met een actieve kinderwens, is volgens de richtlijn niet duidelijk of zodanige myomen een significante invloed hebben op de fertiliteit. Zoals ook in de aangehaalde literatuur wordt geconcludeerd, zijn grootschalige studies nodig om ondubbelzinnige resultaten te verkrijgen die de klinische praktijk kunnen beïnvloeden. Overigens rijst vraag of, wanneer de behandeling wordt uitgevoerd ten behoeve van een kinderwens, deze überhaupt kan worden losgekoppeld van een vruchtbaarheidsgerelateerde behandeling. Dit brengt met zich dat vergoeding van de behandeling is uitgesloten op grond van eerder genoemde bepaling. Voor zover verzoekster stelt dat verwijdering van het myoom was bedoeld om de bestaande klachten te verhelpen, geldt dat deze klachten niet objectief zijn vastgesteld door een behandelend arts. Uit navraag bij de huisarts is gebleken dat daar geen aanvullende informatie bekend is. Een en ander leidt ertoe dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde behandeling vanwege de bestaande klachten.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald en benadrukt dat in de aanvraag staat vermeld dat de ingreep onder meer wordt uitgevoerd in het kader van een IVF-traject. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor vrouwen van 43 jaar en ouder is uitgesloten van vergoeding. Om die reden is vergoeding van de kosten afgewezen. Voor zover verzoekster stelt dat zij al eerder klachten had, zijn deze nooit met de huisarts besproken. Los van de vraag of de betreffende klachten geobjectiveerd zijn, geldt dat een verzekerde redelijkerwijs op een behandeling moet zijn aangewezen. Volgens de Nederlandse richtlijn 'Hevig Menstrueel Bloedverlies' wordt een myomectomie in principe alleen uitgevoerd bij patiënten die een kinderwens hebben en hun baarmoeder willen behouden. Dit betekent dat, ook al zouden de klachten geobjectiveerd zijn, daarmee nog niet vaststaat dat verzoekster redelijkerwijs op een adenomyomectomie was aangewezen.

- 4.5. In zijn brief van 18 maart 2025 licht de ziektekostenverzekeraar nogmaals toe dat een myomectomie in principe alleen wordt uitgevoerd bij patiënten die nog een kinderwens hebben en hun baarmoeder willen behouden. Verder geldt dat, los van het IVF-traject, verzoekster niet redelijkerwijs op een myomectomie was aangewezen. Verzoekster heeft verklaard dat zij voor de ingreep kampte met hevig menstrueel bloedverlies. Zowel uit de richtlijn 'Hevig Menstrueel Bloedverlies' als uit de 'Keuzekaart voor de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies' blijkt dat er bij dergelijke klachten verschillende minder ingrijpende behandelopties zijn. Uit de overgelegde stukken kan niet worden afgeleid dat ten tijde van de aanvraag een medische indicatie bestond voor een adenomyomectomie ter behandeling van de ter zitting besproken (niet-geobjectiveerde) klachten. Voorts is niet gebleken welke minder ingrijpende behandelalternatieven zijn overwogen en waarom deze geen uitkomst bieden. Gelet hierop kan niet worden vastgesteld dat, indien de infertiliteit buiten beschouwing wordt gelaten, verzoekster redelijkerwijs op deze behandeling was aangewezen.
- Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij heeft onderzocht waarom de kosten van de medicatie, MRI en verwijdering van de poliep wél zijn vergoed. Ten aanzien van de medicatie is gebleken dat verzoekster vergoeding heeft aangevraagd voor Ryeqo-tabletten en Decapeptyl. Deze medicijnen zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en komen daardoor in aanmerking voor vergoeding, mits voorgeschreven door een medisch specialist. Uit de declaraties blijkt niet dat de medicatie niet voor vergoeding in aanmerking zou komen of dat deze is ingezet in het kader van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg. Dit laatste geldt ook voor de bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten van de MRI en het verwijderen van de poliep. Beide verrichtingen zijn gedeclareerd door een gecontracteerde zorgaanbieder die, op basis van de overeenkomst, specifieke prestaties rechtstreeks kan declareren zonder voorafgaande machtiging. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare beperkte informatie valt niet op te maken dat de MRI en het verwijderen van de poliep zijn uitgevoerd in het kader van vruchtbaarheidsrelateerde zorg.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"In het behandelplan van de gynaecoloog in Leuven is aangegeven dat verzoekster behandeld wordt in het kader van infertiliteit (onvruchtbaarheid). In een e-mail d.d. 25 november 2024 gericht aan verzoekster, verwijst dezelfde gynaecoloog naar een artikel waar het behandelplan van verzoekster volgens de gynaecoloog op gebaseerd is: cytoreductie van het myoom, specifiek voor patiënten met herhaalde miskramen. Hiermee benadrukt de gynaecoloog dat het verbeteren van de vruchtbaarheid de reden is voor de uitgevoerde adenomyomectomie.

Verzoekster geeft na de adenomyomectomie aan dat zij al langere tijd klachten had die aan het myoom kunnen worden toegeschreven. Volgens haar was sprake van heftige menstruatiespijnen, bloedingen, onverklaarbare pijn rond haar navel, pijn tijdens de ovulatie en pijn bij het vrijen. Hieruit volgt volgens verzoekster dat geen sprake was van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier blijkt echter niet dat de door verzoekster genoemde klachten voorafgaand aan de adenomyomectomie door een arts zijn vastgesteld en de adenomyomectomie derhalve geïndiceerd is. Hierom, en gelet op wat de gynaecoloog heeft aangegeven over de aard van de behandeling van verzoekster, is sprake van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg.

Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg komt voor vrouwen van 43 jaar en ouder niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering, behoudens IVF-pogingen die vóór het bereiken van de leeftijd van 43 jaar zijn gestart. Ten tijde van de behandeling was verzoekster 45 jaar. De

behandeling van verzoekster komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

De door verzoekster aangehaalde literatuur, waaruit blijkt dat vrouwen hun klachten over adenomyose vaak niet melden, maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de behandeling van verzoekster is uitgevoerd in het kader van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg. Gezien de leeftijd van verzoekster kan zij hier geen aanspraak op maken. De operatieve adenomyomectomie kan derhalve niet ten laste van de basisverzekering worden vergoed.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een adenomyomectomie ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg en het criterium 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts is hierin het relevante artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 (Vo. nr. 883/2004) opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. 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 zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende, waarbij zij opmerkt dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde prestaties is beoogd.

Zorgverzekering

- 7.3. Verzoekster heeft verklaard dat de op 19 september en 26 november 2024 in Leuven bij haar uitgevoerde adenomyomectomie noodzakelijk was in verband met bestaande klachten, te weten heftige menstratiepijnen, bloedingen, onverklaarbare pijn rond haar navel, en pijn tijdens de ovulatie en bij het vrijen. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat deze klachten niet zijn geobjectiveerd. Daarnaast heeft hij onbetwist gesteld dat zowel uit de richtlijn 'Hevig Menstrueel Bloedverlies' als uit de 'Keuzekaart voor de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies' blijkt

dat er bij hevige menstruatieklachten verschillende minder ingrijpende behandelopties zijn. Dit leidt volgens de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat verzoekster, voor de behandeling van genoemde (niet geobjectiveerde) klachten, niet redelijkerwijs was aangewezen op een adenomyomectomie. Verzoekster heeft deze conclusie bestreden, stellende dat uit de literatuur blijkt dat vrouwen klachten over adenomyose vaak niet melden. Verder heeft zij verklaard dat zij na de hoorzitting tevergeefs heeft geprobeerd een second opinion te krijgen om het gestelde verband te bewijzen. Door de korte termijn en de lange wachttijden bleek dit evenwel niet mogelijk. De commissie merkt op dat wat er van deze laatste argumenten ook zij, door verzoekster niet is aangetoond dat haar klachten zijn vastgesteld door een arts of dat zij hiervoor een arts heeft geconsulteerd. Bij de huisarts was hierover althans niets bekend. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat er – voor deze klachten – andere, minder ingrijpende behandelopties waren. De ziektekostenverzekeraar heeft dat desgevraagd gemotiveerd en naar het oordeel van de commissie overtuigend toegelicht. Verzoekster heeft dit onvoldoende gemotiveerd weersproken. Verzoekster was hiervoor derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op een adenomyomectomie.

- 7.4. Daarnaast heeft verzoekster betoogd dat zij voor een adenomyomectomie heeft gekozen omdat zij een kinderwens heeft en haar uterus wilde behouden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband onder andere naar voren gebracht dat indien de behandeling wordt uitgevoerd ten behoeve van een kinderwens, het de vraag is of deze kan worden losgekoppeld van een vruchtbaarheidsgerelateerde behandeling. De commissie beantwoordt die vraag ontkennend, gelet op de verklaring van de behandelend gynaecoloog. Hieruit blijkt dat het behandelplan is gebaseerd op cytoreductie van het myoom, specifiek voor patiënten met herhaalde miskramen. Verzoekster heeft toegelicht dat zij - naar de commissie begrijpt door middel van IVF bevruchte - eicellen van haar zus zal ontvangen en dat de adenomyomectomie tot doel heeft de kans op innesteling van de embryo's te vergroten.
- 7.5. Volgens artikel B.4.14 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden gelden met betrekking tot vruchtbaarheidsgerelateerde zorg de volgende beperkingen: "Tot en met 42 jaar: vergoeding van 3 pogingen voor vruchtbaarheidsbehandelingen IVF en ICSI." Voornoemde bepaling komt overeen met artikel 2.4, eerste lid, onder a, 5°, Bzv waarin staat dat geneeskundige zorg niet omvat: "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." Verzoekster was destijds al 45 jaar oud zodat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen uitsluiting onverkort van toepassing is. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een inconsequent beleid voert, omdat hij eerder wel de kosten van medicatie, een MRI en verwijdering van een poliep heeft vergoed, maakt het voorgaande niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat voornoemde kosten zijn vergoed omdat uit de – deels rechtstreeks door de gecontracteerde zorgaanbieder – ingediende declaraties niet bleek dat deze verband hielden met vruchtbaarheidsgerelateerde zorg. Verzoekster heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt.
- 7.6. Hetgeen hiervoor is overwogen leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Leuven op 19 september en 26 november 2024 uitgevoerde behandelingen (inclusief medicatie) ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent tevens dat de toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 terecht is geweigerd.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juli 2025,

B.L.A. van Drunen

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals het aanleggen van gips of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
 - laboratoriumonderzoek;
 - verpleging.
- Opname bij medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medisch specialistische zorg; en
- Vergoeding van 100 %, maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor opname bij medisch specialistische zorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Plastische chirurgie, orgaantransplantatie, geriatrische revalidatie, vruchtbaarheidsbehandeling en voorwaardelijke zorg zijn ook medisch specialistische zorg, maar zijn in een apart artikel beschreven.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Verloskundige.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.
- Optometrist of orthoptist.

Deze zorgverlener mag bij oogaandoeningen verwijzen naar een oogarts.

- GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Triage-audicien.

Een triage-audicien mag bij een gehooraandoening verwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum.

- Klinisch fysicus-audioloog.

Een klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen voor audiologische zorg

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.

Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de

Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.
- Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- Besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Sterilisatiebehandelingen en behandelingen om sterilisatie terug te draaien.
- Correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).
- Parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie.

- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener.
- Zorg of middelen die na behandeling nodig zijn (of die in het verlengde van de behandeling liggen).
- Bevolkingsonderzoek.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De opname komt voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering.
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtarief.
Een ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer verschillende (verpleeg)klassen hebben. Voor de hoogte van de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtarief.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Combinatie basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'combinatieverzekering'. Voor een deel van uw verzekering vergoeden wij de kosten van de verzekerde zorg (restitutie). Voor een ander deel bent u verzekerd voor zorg (in natura). Als het gaat om zorg in natura dan staat dit bij de vergoeding van de betreffende zorg. Staat dit er niet bij dan is de zorg op basis van restitutie.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.
- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?
- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
- de ingangsdatum van uw dienstverband;
- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

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.

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, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. 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 gehemeltespelten, 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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. (...)*”