



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Medisch specialistische zorg, nervus hypoglossus stimulatie, stand wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000687

Zittingsdatum : 7 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 mei 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 16 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 juni 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 16 juli 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020028044) aan de commissie een advies uitgebracht. In dit advies adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te doen. Bij het nader onderzoek dienen de volgende vragen te worden beantwoord:
- 1) Zijn de bevindingen bij de door verzoeker genoemde polysomnografie representatief voor zijn reguliere slaap, nu verzoeker aangaf dat zijn slaap door externe factoren verstoord werd?
 - 2) Voldoet verzoeker aan de overige criteria en is zijn casus voorgelegd aan de onafhankelijke multidisciplinaire wetenschappelijke board?
- 2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 23 juli 2020 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 10 augustus 2020 per brief de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 11 augustus 2020 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende stuk te reageren. Op 13 augustus 2020 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De reacties van 10 en 13 augustus 2020 zijn op 14 augustus 2020 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Op 1 september 2020 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 8 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2020 gehoord.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 14 oktober 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend UWV* en Aanvullend Tand** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is in oktober 2008 door zijn huisarts verwezen naar een neuroloog in verband met verschillende klachten. Deze neuroloog constateerde, na het uitvoeren van diverse onderzoeken, dat verzoeker lijdt aan een vorm van dystonie. Verder bestond het vermoeden dat verzoeker last had van slaapapneu, hetgeen later is bevestigd. Voor de slaapapneu is eerst een MRA-beugel aangemeten en later, toen deze niet bleek te werken, heeft verzoeker een CPAP-apparaat gekregen. Dit apparaat werkt weliswaar naar behoren, maar met de bijhorende maskers heeft verzoeker veel problemen. Tussen 2013 en 2019 heeft hij verschillende maskers geprobeerd, maar geen ervan was naar tevredenheid. Daarom is verzoeker op zoek gegaan naar een alternatief. Uiteindelijk is hij uitgekomen bij de nervus hypoglossus stimulatie.

- 3.3. Een bedrijfsarts, die beroepsmatig met verzoeker samenwerkt, heeft bij brief van 28 oktober 2019 over verzoeker verklaard:

"Met enige regelmaat sprak hij over de gevolgen van zijn OSAS, daarnaast heeft hij regelmatig een zichtbare hoofdschudbeweging, waar hij veel last van kan hebben. Hij gaf mij aan dat dit focale dystonie is waar zijn specialisten geen oplossing voor konden vinden. Zo heb ik hem afgelopen jaren regelmatig (bijvoorbeeld bij managementtrainingen die wij samen verzorgden) zich horen verontschuldigen over die nee-schudbeweging die hij maakt. Dit doet hij om te voorkomen dat anderen deze hoofdschudbeweging als lichaamstaal interpreteren en de ander 'op het verkeerde been zet'.

[Naam verzoeker] werkt als arbeidsdeskundige bij het UWV in een zeer groot rayon, dit heeft veel autorijden als gevolg. Daarnaast werkt hij landelijk als mediator, bij het leiden van een mediation is de dystonie ook zeer hinderlijk.

In de loop der jaren zie ik enige verbetering met betrekking tot zijn klachten [volgens hem door steeds betere maskers], maar hij geeft aan dat bij 'een slechte nacht' de dystonie direct weer zichtbaar is. Hij geeft aan dat hij de CPAP om uiteenlopende redenen vaak niet goed verdraagt, waardoor deze slechts een deel van de nacht gedragen wordt. [Naam verzoeker] heeft van zijn behandelaar [naam] begrepen dat een Inspire UAS een zeer geschikte oplossing zal zijn, ik ondersteun deze aanvraag vanuit mijn professie van harte."

- 3.4. Eind 2019 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de nervus hypoglossus stimulatie te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 21 november 2019 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 1 september 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Op grond van de informatie van de KNO-arts kan geconcludeerd worden dat verzoeker niet voldoet aan de op dit moment geldende indicatievoorwaarden voor nervus hypoglossus stimulatie. De behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de nervus hypoglossus stimulatie 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 18 van de zorgverzekering welk artikel eveneens van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk 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.

6.2. Verzoeker voert aan dat hij tussen 2013 en 2019 zeven verschillende maskers voor het CPAP-apparaat heeft geprobeerd. Problemen waren onder meer verschuiving van het masker bij het omdraaien in de slaap, luchtlekkage langs de maskerrand, verlies van luchtdruk tijdens slapen met open mond en verstopping door condensatievocht in de uitstroomopening van het masker. Naast OSAS heeft verzoeker spasmodische torticollis. Dit neemt toe bij de regelmatig voorkomende slechte nachten en is zeer storend in zijn werk, waarbij hij veel contacten heeft en communicatie van belang is. Verzoeker heeft aan het einde van de dag geen energie meer en ziet op tegen de autoritten. Deze autoritten zijn echter essentieel voor zijn werk. Verder voert verzoeker aan dat hij een keer een nachtelijke polysomnografie heeft gehad. Deze vond plaats in een hotel. Omdat verzoeker, mogelijk als gevolg van bedwants, licht sliep is een gemiddeld AHI geconstateerd waardoor hij niet in aanmerking komt voor nervus hypoglossus stimulatie (Inspire®-therapie). De gemeten AHI geeft echter geen goed beeld van de werkelijkheid.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat om voor vergoeding van de kosten van nervus hypoglossus stimulatie in aanmerking te komen, sprake moet zijn van een AHI tussen de 30 en 50. Verzoeker heeft een AHI van 24. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen.

Zorgverzekering

6.4. Het Zorginstituut heeft in 2017 een standpunt uitgebracht over nervus hypoglossus stimulatie bij obstructief slaapapneu syndroom. Volgens dit standpunt voldoet de behandeling van obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) door middel van nervus hypoglossus stimulatie (Inspire® Upper Airway Stimulation, Inspire® UAS) aan de stand van de wetenschap en praktijk voor een specifieke groep patiënten met OSAS. Uit het advies van het Zorginstituut van 1 september 2020 volgt dat dit standpunt nog steeds geldt zodat de commissie bij de beoordeling van het onderhavige geschil hiervan uitgaat.

6.5. In Bijlage 7 van het standpunt van het Zorginstituut is een zogenoemd waarborgendocument opgenomen. Om in aanmerking te komen voor nervus hypoglossus stimulatie moet een verzekerde voldoen aan de in het waarborgendocument gestelde indicatiecriteria. Deze criteria zijn opgesteld

omdat informatie over het effect en de veiligheid van het apparaat op de langere termijn ontbreekt. Uit het waarborgendocument valt - kort gezegd - af te leiden dat om in aanmerking te komen voor een nervus hypoglossus stimulator moet zijn voldaan aan de volgende criteria:

- (i) een AHI groter dan of gelijk aan 30, en kleiner dan of gelijk aan 50, en
- (ii) aangetoond falen van CPAP / intolerantie voor CPAP.

Indien zowel (i) als (ii) aan de orde is, moet de casus van de betreffende patiënt worden voorgelegd aan een onafhankelijke multidisciplinaire wetenschappelijke board. Deze board bepaalt dan of de CPAP-behandeling op een juiste manier en gedurende een reële/voldoende lange periode heeft plaatsgevonden, en of er andere behandelopties zijn die eerst zouden moeten worden geprobeerd.

- 6.6. In de situatie van verzoeker is tijdens een polysomnografie in een hotel bij hem een AHI gemeten van 24. Door verzoeker is aangevoerd dat deze lage waarde werd veroorzaakt doordat hij die nacht veel wakker was en heel licht had geslapen. De uitkomst zou dan ook niet representatief zijn voor zijn reguliere slaap. Volgens het advies van het Zorginstituut diende dit laatste alsnog te worden onderzocht én moest worden nagegaan of de casus is voorgelegd aan eerder genoemde board. De commissie heeft dit advies van het Zorginstituut opgevolgd en verzoeker gevraagd de gestelde vragen te beantwoorden. In reactie hierop heeft de behandelend KNO-arts verklaard dat de slaapregistratie representatief is voor verzoeker en bevestigd dat de casus niet is voorgelegd aan de onafhankelijke commissie. Op basis van deze antwoorden heeft het Zorginstituut in zijn advies van 1 september 2020 geconcludeerd dat verzoeker niet voldoet aan de op dit moment geldende indicatievoorwaarden voor nervus hypoglossus stimulatie en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet geen aanleiding van het advies af te wijken en volgt het Zorginstituut. Dit betekent dat verzoeker niet in aanmerking komt voor een nervus hypoglossus stimulatie ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2020,



J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b grieprikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



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 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.