

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, hysterectomie en  
endometrioseverwijdering, niet-gecontracteerde zorgverlener, S2-  
formulier, hoogte vergoeding, indicatie  
Zaaknummer : 2012.02769  
Zittingsdatum : 11 september 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 3 is voor het geschil niet van belang en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hysterectomie en endometrioseverwijdering uit te voeren in het St. Bonifatius Hospital te Lingen (Ems), Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat deze zorgaanbieder niet door hem is gecontracteerd. De ziektekostenverzekeraar weet niet welke behandeling precies zal worden uitgevoerd. Daarom kan hij niet zeggen óf verzoekster recht heeft op vergoeding en zo ja, hoeveel er eventueel wordt vergoed. Verzoekster wordt erop gewezen dat zorg in het buitenland vaak duurder is dan in Nederland. Voorts wordt verzoekster geattendeerd op de mogelijkheid van het vragen van zorgbemiddeling.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 mei 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hier-

na: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 juli 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 september 2013 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 juli 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 augustus 2013 (zaaknummer 2013088186) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier niet duidelijk wordt dat verzoekster voor haar klachten aangewezen was op chirurgische therapie in de vorm van de laparoscopisch geassisteerde vaginale hysterectomie (LAVH) met sacrocolpopexie en sanering van endometriose. Uit de stukken blijkt niet van een stepped care behandeling van de klachten. Pas bij falen van medicamenteuze en lokale uteriene therapieën voor pijn en hypermenorrhoea zou een dergelijke zeer ingrijpende en invasieve behandeling in de rede liggen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 26 augustus 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 8 september 2013 ten behoeve van de hoorzitting een reactie op vernoemd CVZ-advies gezonden. Deze reactie is op 10 september 2013 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 11 september 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Aangezien de ziektekostenverzekeraar eerst op 10 september 2013 kennis heeft kunnen nemen van de aanvullende stukken, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld hierop binnen één week een inhoudelijke reactie te zenden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij faxbericht van 17 september 2013 gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Een afschrift hiervan is op 18 september 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 19 september 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting, het e-mailbericht van verzoekster van 8 september 2013 en het fax-bericht van de ziektekostenverzekeraar van 17 september 2013 gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 september 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing

van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster had in 2010 last van buikklachten en vermoeidheid. Zij is door haar huisarts verwezen naar een medisch specialist. In het UMCG is zij onderzocht door onder meer een gynaecoloog. De oorzaak van haar klachten is toen echter niet gevonden. Er is alleen bloedarmoede vastgesteld. Ook in het door de ziektekostenverzekeraar in Duitsland gecontracteerde ziekenhuis is de oorzaak van de klachten van verzoekster niet achterhaald. Omdat deze steeds heviger werden en verzoekster niet op de spoedeisende hulp in Leeuwarden en Groningen werd geholpen, is zij gedwongen geweest naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis in Duitsland te gaan. Aldaar werd zij met spoed geopereerd aan haar eierstok en endometriosehaarden. De medisch specialist heeft haar geadviseerd de baarmoeder zo spoedig mogelijk te laten verwijderen en een endometriosesanering te laten uitvoeren.
- 4.2. Ten onrechte stelt de ziektekostenverzekeraar dat er niet veel mis is met verzoekster. Hij heeft haar evenwel niet onderzocht, en kan hierover dus geen uitspraak doen. Bovendien verdraait de ziektekostenverzekeraar hetgeen in het operatieverslag is vermeld. In plaats van één mogelijke endometriosehaard in Douglas is in het operatieverslag vermeld dat endometriosehaarden zijn verwijderd in Douglas. De diagnose die is vastgesteld door de enige medisch specialist die echt onderzoek heeft uitgevoerd bij verzoekster, wordt door de ziektekostenverzekeraar niet serieus genomen. Indien de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt blijft, zal hij het ziekenhuis moeten aanklagen voor een foute behandeling. Verzoekster is hierin evenwel geen partij.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, hoewel verzoekster daar expliciet om heeft gevraagd, voorafgaand aan de ingreep niet medegedeeld hoeveel de vergoeding van de onderhavige ingreep bedraagt.
- 4.4. De door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen hebben gefaald in het vaststellen van de oorzaak van haar klachten. Zij heeft daarom geen vertrouwen meer in deze zorgaanbieders en wil niet door de aldaar werkzame artsen worden behandeld. Ook de huisarts heeft gefaald in de behandeling van haar klachten. Daarom dient de korting van 40 percent voor het gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dit geval achterwege te blijven en dient de vergoeding te worden vastgesteld op 100 percent van het Nederlandse tarief.
- 4.5. In de nadere reactie op het CVZ-advies heeft verzoekster medegedeeld dat haar klachten destijds bestonden uit een opgezette buik, verhoogde lichaamstemperatuur, verhoogde hartslag (tegen 100) in rusttoestand en zware vermoeidheid. Daarnaast stelt het CVZ dat sprake was van een "lichte vorm van endometriose". Dit staat echter nergens in de medische stukken vermeld. In de brief van de behandelend arts van 30 maart 2012 is verklaard dat de endometriose stadium 1 alleen betrekking heeft op de endometriose in de cavum Douglas. Daarnaast is bij verzoekster aangetroffen: verklevingen van het buikvlies, endometriose uteri en hypertrophie uteri, een bebloede cyste op de eierstok, en op de echo werd een vergrote baarmoeder gemeten. Ook uit de bipten die gemaakt zijn van de baarmoeder en de cyste op de eierstok blijkt dat sprake was van een indicatie voor de verwijdering van de baarmoeder alsmede dat sprake was van endometriose.

Verzoekster heeft in de drie jaren voorafgaand aan de ingreep zeer veel consulten gehad bij gecontracteerde artsen. Hierbij is evenwel geen oorzaak gevonden voor haar klachten. Zij heeft ijzertabletten gebruikt om haar HB-waarde weer op het normale niveau te krijgen. Voorts heeft zij pijnmedicatie gebruikt, te weten een Dipidolor-infuus, Doxycyclin en Pantoprazol, die echter slechts tijdelijk of geen resultaat hadden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster er niet eerder op gewezen dat sprake moest zijn van 'stepped care'. Dit staat ook niet in de polisvoorwaarden of het reglement vermeld.

Verzoekster benadrukt dat de operatie half zo ingrijpend was als de pijn en lichamelijke zwakte die hieraan vooraf ging. Bovendien heeft de gynaecoloog vastgesteld dat een operatie in haar situatie was aangewezen. Aanvankelijk zag de ziektekostenverzekeraar de noodzaak van deze operatie in, maar dan moest deze wel worden uitgevoerd in een gecontracteerd ziekenhuis.

- 4.6. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij veel klachten had en dat zij gedurende drie jaar verschillende – door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde – artsen heeft bezocht, die hiervan echter niet de oorzaak hebben kunnen vaststellen. Nadat zij zich met hevige klachten tot het niet-gecontracteerde Duitse ziekenhuis te Lingen had gewend, kon aldaar wel de juiste diagnose (endometriose) worden gesteld naar aanleiding van de MRI-scan die is gemaakt en werd zij met spoed geopereerd. Voorts werd haar geadviseerd haar baarmoeder te laten verwijderen. Verzoekster heeft hierop een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft haar telefonisch geantwoord dat zij zich diende te wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder en dat deze zorgaanbieder het dossier van de Duitse arts zou overnemen. Verzoekster heeft echter van haar huisarts te horen gekregen dat dit niet zo werkt en dat zij bij een andere zorgaanbieder weer opnieuw zal worden onderzocht. Haar huisarts heeft verzoekster telefonisch geadviseerd haar baarmoeder in het ziekenhuis in Lingen te laten verwijderen, omdat aldaar de diagnose is gesteld. Deze verwijzing is helaas niet schriftelijk bevestigd. Verzoekster heeft dit advies gevolgd, mede omdat zij door de hele gang van zaken geen vertrouwen meer heeft in de gecontracteerde ziekenhuizen.
- Ter aanvulling heeft verzoekster medegedeeld dat zij pijnbestrijding heeft gehad. In het ziekenhuis te Gronau heeft zij een Dipidolor-infuus gehad, daarnaast heeft zij zelf paracetamol gebruikt. Later heeft zij nog een penicillinekuur gehad. Deze behandelingen hebben echter niet het gewenste resultaat gehad.

- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft een naturaverzekering. Dit betekent dat zij recht heeft op de zorg zelf. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe contracten gesloten met zorgaanbieders. De kosten van de gecontracteerde zorg komen volledig voor vergoeding in aanmerking. Indien de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden de kosten op grond van de zorgverzekering gedeeltelijk vergoed.
- 5.2. Verzoekster heeft op 6 juni 2012 een aanvraag ingediend voor een hysterectomie in verband met endometriose, uit te voeren door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 19 juni 2012 erop gewezen dat zij daarom waarschijnlijk niet alle kosten vergoed krijgt. Voorts is haar medegedeeld dat nog niet gezegd kon worden of zij aanspraak heeft op een vergoeding

en hoeveel deze zal bedragen, omdat niet bekend is welke behandeling verzoekster precies zal ondergaan. Bovendien moet worden voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster is met genoemde brief gewezen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling.

- 5.3. In verband met de in Nederland geldende “afrekeningsystematiek van zorgkosten” kan voorafgaand aan een behandeling geen informatie worden verstrekt over de uiteindelijke vergoeding van de zorg. Pas aan de hand van de nota kan met zekerheid worden vastgesteld wat daadwerkelijk is gedaan. Van een behandelplan of een offerte kan tijdens de behandeling om verschillende redenen worden afgeweken, waardoor op de nota andere behandelingen worden vermeld dan die vooraf zijn begroot. Daardoor kan de vergoeding anders uitvallen. Ook is vooraf vaak niet bekend wanneer de behandeling zal plaatsvinden. Deze datum is bepalend voor de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden en de hoogte van de vergoeding.
- 5.4. In de brief van 27 februari 2013 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij de nota's en gegevens van de Duitse arts heeft voorgelegd aan zijn medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de ingreep niet te vergoeden, omdat verzoekster in redelijkheid niet is aangewezen op deze zorg, omdat zij hiervoor geen indicatie had. Voor zover wel sprake was van een indicatie, is de zorg niet doelmatig. De endometriose die in Duitsland is geconstateerd is ook met geneesmiddelen te behandelen. De in Nederland gevestigde medisch specialisten hebben geen noodzaak tot operatief ingrijpen kunnen vaststellen. Een behandeling in Duitsland was dan ook niet noodzakelijk. De behandeling die in Duitsland heeft plaatsgevonden, had ook in Nederland kunnen worden uitgevoerd. Voor afgifte van een S2-formulier bestond daarom geen aanleiding.
- 5.5. Juist is dat verzoekster een verwijzing had voor de medisch specialistische zorg. Een verwijzing zegt echter niet altijd wat over de aanspraak op vergoeding van de kosten van de zorg.
- 5.6. Uit het rapport van de adviserend geneeskundige, waarin ook het feitelijke verloop is opgenomen, blijkt dat verzoekster niet openstond voor zorgbemiddeling en dat zij zonder verwijzing artsen en medische instellingen in het buitenland heeft bezocht.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat er geen duidelijke medische noodzaak bestond voor de ingreep. bovendien is de stepped care-benadering niet gevolgd. Deze conclusie wordt gedeeld door het CVZ.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de schriftelijke reactie van verzoekster op het CVZ-advies voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft in reactie hierop verklaard dat de endometriose zodanig was dat deze vóór maart 2012 nooit gediagnosticeerd werd. Endometriose is een chronisch ziektebeeld dat niet van de één op de andere dag ontstaat. De eerste behandeling van endometriose is niet direct een chirurgische ingreep. Chirurgie in de buik leidt tot littekenvorming in de buik. Bij verzoekster waren reeds littekens aanwezig. Littekens in de buik leiden weer tot buikklachten, hetgeen een vicieuze cirkel kan leiden. Daarom heeft medicamenteuze therapie de voorkeur. Verzoekster is niet medicamenteus behandeld voor de endometriose.

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*(...)*

*U heeft recht op:*

*-- onderzoek en diagnostiek,*

*-- behandeling,*

*-- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*

*-- laboratoriumonderzoek,*

*(...)*

*[naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Er gelden maximale vergoedingen. (...) Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen dan krijgt u een vergoeding van het bedrag dat in Nederland marktconform is.*

*(...)"*

8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.*

**Welke zorg**

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

-- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of

-- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of

-- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

(...)

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. (...)"

8.5. Artikel B2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) [naam zorgverzekering] is een verzekering die grotendeels een naturaverzekering is. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Voor enkele soorten zorg bent u verzekerd op basis van restitutie. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent. Bij iedere vorm van zorg staat vermeld of u recht heeft op de zorg zelf of op vergoeding van de kosten van de zorg."*

8.6. Artikel B3 van de zorgverzekering bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar werkt met gecontracteerde zorgaanbieders, en luidt:

*"[naam ziektekostenverzekeraar] sluit overeenkomsten met zorgaanbieders. Zo kunnen wij u de zorg garanderen. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen, medisch specialisten en fysiotherapeuten. U kiest zelf uw zorgaanbieder, bij voorkeur uit de groep die door [naam ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] een deel van de kosten. Hoeveel, ziet u hierna bij de verschillende vormen van zorg."*

8.7. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarvoor de verzekerde een indicatie heeft en de zorg doelmatig is, en luidt:

*"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."*

8.8. De artikelen B2, B3, B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.9. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op



prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.10. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.11. 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. (...)*”

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Overeenkomstig het bepaalde in artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft verzoekster voorafgaand aan de behandeling in Duitsland de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, en dat daarom noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende.
- 9.2. Niet ter discussie staat dat de aan verzoekster verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster hiervoor ten tijde van de behandeling een (verzekerings)indicatie had.
- 9.3. Gelet op het advies van het CVZ van 22 augustus 2013 was verzoekster niet aangewezen op chirurgische therapie in de vorm van een laparoscopisch geassisteerde vaginale hysterectomie (LAVH) met sacrocolpopexie en sanering van endometriose. Uit

de stukken blijkt volgens het CVZ niet van een stepped care behandeling van de klachten. Pas bij falen van medicamenteuze en locale intra uteriene therapieën voor pijn en hypermenorrhoea zou een dergelijke, zeer ingrijpende en invasieve behandeling in de rede liggen. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

- 9.4. Aangezien verzoekster geen (verzekerings)indicatie had voor de door haar ondergane behandeling, mocht de ziektekostenverzekeraar weigeren haar een S2-formulier te verstrekken en bestaat ook op grond van de zorgverzekering geen recht op vergoeding.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2013,

Voorzitter