

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D te E  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, artroscopie schouder  
Zaaknummer : 2012.01044  
Zittingsdatum : 6 maart 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Politie Zorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide tandarts PZP is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een artroscopie van de rechterschouder, uitgevoerd te Diest (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 7 februari 2012, 4 april 2012 en 28 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 5 november 2012 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 december 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 februari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 december 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 januari 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2012144153) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet was geïndiceerd voor een artroscopie. Voordat tot een artroscopie wordt overgegaan moet een werkdagnose of indicatie zijn gesteld. Deze onderbouwing door de arts voor de ingreep is niet uit het dossier op te maken. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 13 februari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 maart 2013 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Verzoeker heeft op 2 april 2013 gereageerd op het onder 3.10 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Bij brief van 3 april 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nadien ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 april 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 verzoeker
  - 4.1. Verzoeker had klachten aan zijn rechterschouder. Hiervoor is hij door de huisarts verwezen naar een manueel therapeut. Behandeling door deze therapeut had niet het gewenste resultaat. Omdat verzoeker goede ervaringen had met een arts in België, heeft hij zich in overleg met de huisarts tot deze arts gewend in verband met zijn aanhoudende schouderklachten. In april 2011 vond een consult plaats bij deze arts en zijn diverse onderzoeken uitgevoerd. Een en ander is door de ziektekostenverze-

keraar vergoed. De arts besloot in eerste instantie om een cortisone-injectie toe te dienen. Dit leidde ertoe dat verzoeker enkele maanden minder pijn had. Aangezien de klachten na enkele maanden in alle hevigheid terugkwamen, vond op 6 september 2011 wederom een consult bij de arts plaats. Hij adviseerde een artroscoopie uit te voeren. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierover per omgaande geïnformeerd, omdat de operatie reeds op 3 oktober 2011 zou plaatsvinden. Door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar werd hem medegedeeld dat de toestemming voor de behandeling ook achteraf kon worden verleend. Verzoeker heeft zo spoedig mogelijk aanvullende informatie over de geplande operatie naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.

Op 3 oktober 2011 heeft de artroscoopie plaatsgevonden.

- 4.2. Verzoeker is op 17 november 2011 op controle geweest bij de arts, waaruit volgde dat er geen bijzonderheden waren. Op 2 februari 2012 vond wederom een consult bij de arts plaats, in verband met aanhoudende pijnklachten van de rechterschouder. De arts constateerde een frozen shoulder en stelde een behandeling voor. Deze behandeling heeft op 13 februari 2012 plaatsgevonden, en is vergoed door de ziektekostenverzekeraar.  
Verzoeker stelt thans dat de artroscoopie eveneens dient te worden vergoed. De behandelend arts hebben de indicatie gesteld, zodat sprake is van zorg waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen. Het is aannemelijk dat een artroscoopie veilig en doelmatig is. Bovendien kon de operatie snel plaatsvinden, en is sprake van reële kostenbesparing. Verzoeker merkt nog op dat in een notitie van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wordt gesproken over de linkerschouder, terwijl het zijn rechterschouder betreft.
- 4.3. Ruimschoots voorafgaand aan de operatie is de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming. Hierop is niet tijdig gereageerd. De (medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk gesteld dat de operatie niet voor vergoeding in aanmerking komt. Hiermee wordt de deskundigheid van de Belgische arts in twijfel getrokken, zonder aanvullend medisch onderzoek. Een en ander is in strijd met het Europese recht. Verzoeker wijst op arresten van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (hierna: HvJ EG), te weten Europese Commissie/Portugese Republiek (C-255/09), Kohll (C-120/95) en Decker (C-158/96). Tot slot stelt verzoeker dat hij een restitutiepolis heeft, zodat het mogelijk is een behandeling te laten uitvoeren door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat sprake was van een ernstige bewegingsbeperking door de klachten aan zijn schouder. Hiertoe had hij fysiotherapie en gebruikte hij paracetamol. Volgens verzoekers behandelend arts had hij een indicatie voor de artroscoopie. De uitgevoerde ingreep is op de lange termijn veilig en effectief. Op de afwijzing van vergoeding van de artroscoopie is tweemaal bezwaar gemaakt. De ziektekostenverzekeraar komt telkens met nieuwe afwijzingsgronden. Verzoeker brengt in weinig vertrouwen te hebben in de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft meer vertrouwen in zijn behandelend arts. Voorts stelt verzoeker dat diverse informatie is aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar is verzocht de aanvraag met spoed te behandelen, maar dit is niet gebeurd. Men dient te weten hoe snel een en ander in België verloopt. Tot slot voert verzoeker aan het gevoel te hebben dat hij door de ziektekostenverzekeraar aan het lijntje wordt gehouden, en dat niet serieus wordt genomen.

- 4.5. Nadien heeft verzoeker verklaard dat ten aanzien van een artroscoopie, hetzij diagnostisch dan wel therapeutisch, niet altijd voorafgaand een medische onderbouwing kan worden gegeven. Immers, het is onduidelijk wat men tijdens een scopie tegenkomt. In verzoekers geval is sprake van een diagnostische artroscoopie die overging in een therapeutische artroscoopie. Volgens verzoeker is het onduidelijk welke verschillende artroscoopieën voor vergoeding in aanmerking komen. Bij het toepassen van de regelgeving door de ziektekostenverzekeraar is sprake van willekeur en onduidelijkheid.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Daarbij wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. Tevens moet er een medische indicatie voor de ingreep bestaan. Dat wil zeggen dat een bepaalde behandeling in een bepaalde situatie de meest passende is. Een indicatie voor een ingreep moet vooraf worden gesteld op basis van de bevindingen van gedane onderzoeken en lichamelijke klachten van een verzekerde.
- 5.2. De medisch adviseur heeft verklaard dat er met de onderzoeken slechts geringe afwijkingen van de schouder zijn geconstateerd. De genoemde calcificaties zijn op zich geen grond voor een artroscopische ingreep. Pijnklachten zijn vervelend, maar ook deze vormen op zich geen indicatie voor een artroscoopie. Er is door de arts niet onderbouwd waarom een artroscoopie nodig was. Er zou wel een indicatie zijn voor een artroscoopie als sprake is van aangetoond letsel en/of een ernstige bewegingsbeperking. Dit was bij verzoeker echter niet aan de orde. De medisch adviseur heeft geconcludeerd dat verzoeker redelijkerwijs niet was aangewezen op een artroscoopie van de schouder. Er is geen sprake van doelmatige zorg. Het feit dat de behandelend artsen van verzoeker de ingreep adviseren, verandert hieraan niets.
- 5.3. Voor zover sprake is van nacontroles van de artroscoopie, stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze (gedeeltelijk) zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering omdat uit de facturen bleek dat het ging om verzekerde zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Van nacontroles van de artroscoopie leek geen sprake.
- 5.4. Op 14 september 2011 heeft verzoeker telefonisch medegedeeld dat hij wegens vakantie waarschijnlijk pas achteraf de informatie over de voorgenomen schouderoperatie kon insturen. Door de betreffende medewerkers is gezegd dat dit mogelijk was, maar dat het risico van de betaling voor verzoeker zou komen. Op 17 oktober 2011 belde verzoeker opnieuw en gaf aan dat hij de informatie en de begroting op 11 oktober 2011 had gemaild. De ziektekostenverzekeraar heeft deze informatie inderdaad op 11 oktober 2011 – dus na de ingreep op 3 oktober 2011 – ontvangen en beoordeeld. Op 20 oktober 2011 is aan verzoeker een reactie gezonden. Met deze brief - tien dagen na ontvangst van de begin september 2011 opgevraagde informatie – is binnen een zeer redelijke termijn gereageerd.
- 5.5. Verzoeker heeft een financieel risico genomen door de zorg achteraf aan te vragen. Hierdoor heeft hij tevens nadrukkelijk ervoor gekozen geen gelegenheid te creëren een alternatieve behandeling, als gevolg van een mogelijke afwijzing, met de huisarts

te bespreken. Verzoeker mocht niet redelijkerwijs ervan uitgaan dat de artroscopie zonder meer zou worden vergoed. Door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker dan ook geen "kans ontnomen".

- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om de beoordeling of sprake is van een verzekerde prestatie en of er een indicatie voor de ingreep is. Alleen een therapeutische artroscopie wordt vergoed, een diagnostische artroscopie niet. De behandelend arts van verzoeker heeft een medische indicatie vastgesteld. Dit is echter niet hetzelfde als een verzekeringsindicatie.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.29. van de zorgverzekering. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

### ***"B.4.2. Medisch specialistische zorg zonder opname***

#### ***B.4.2.1. Omschrijving van de zorg***

*Deze zorg omvat:*

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;*
  - b. verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*
- (...)*

#### ***B.4.2.2. Voorwaarden***

##### ***Verwijzing***

*a. U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.*

(...)

### **Zorgverlener**

a. Een medisch specialist verleent de zorg.

(...)

### **Plaats**

a. De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

(...)

### **B.4.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst**

Zie artikel A.21.”

Artikel A.21. van de zorgverzekering luidt:

#### **“A.21. TARIEVEN**

Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij onder andere tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Volledig tarief (100%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief.

c. Gedeclareerde tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit.”

Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en/of diensten in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

#### **“B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland**

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

(...)

#### **B.2.4. Tarief en akkoordverklaring**

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadviesing aan te vragen. Wij kunnen u dan vertellen:

a. of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;

b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;

c. en of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Zie ook de artikelen A.21. over tarieven en A.22. over zorgadvies en akkoordverklaring.

### **B.2.5. Bevoegde zorgverlener**

*De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.”*

In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is opgenomen dat de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van de verzekering valt en waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.3. De artikelen A.3.2., A.21., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 20 van Vo 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. Verzoeker heeft in België een artroscoopie van de rechterschouder ondergaan. Voorafgaand aan deze ingreep heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming. Derhalve dient te worden getoetst aan artikel 20 Vo 883/2004. Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoeker hiervoor een indicatie had. Niet in geschil is dat een artroscoopie van de schouder een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Rest de vraag naar de indicatie.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat geen indicatie aanwezig was voor een artroscoopie van de schouder. Bij verzoeker was namelijk alleen sprake van pijnklachten en weke delen calcificaties, zodat hij niet was aangewezen op genoemde behandeling. Door verzoeker is hiertegen aangevoerd dat de arts in België heeft onderbouwd waarom de artroscoopie nodig was. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoeker de deskundigheid van de Belgische arts in twijfel getrokken, hetgeen in strijd is met het Europese recht. De commissie is van oordeel dat onvoldoende is komen vast te staan dat verzoeker was geïndiceerd voor de ingreep. Hij heeft geen medische stukken van de uitgevoerde artroscoopie overgelegd waaruit de medische indicatie is af te leiden. Dat een arts deze toch heeft uitgevoerd, maakt niet dat enkel op basis daarvan kan worden geconcludeerd dat wel een indicatie aanwezig was.
- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar afgifte van het S2-formulier (toestemming) terecht heeft geweigerd. Deze weigering is door de ziektekostenverzekeraar op behoorlijke wijze gemotiveerd, welk vereiste voortvloeit uit de zaak Inizan (HvJ EG 23 oktober 2003, C-56/01).
- 9.4. Verzoeker heeft betoogd dat de kosten moeten worden vergoed omdat hij op grond van de zorgverzekering recht heeft op vrije artskeuze; hij heeft namelijk een restitutiepólis. Aangezien onder 9.2 is geconcludeerd dat een indicatie voor een artroscoopie bij verzoeker niet is komen vast te staan, en dit op grond van artikel A.3.2. van de zorgverzekering een voorwaarde is voor vergoeding, bestaat ook op basis van de zorgverzekering geen aanspraak.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

### **Conclusie**

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

## 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2013,

Voorzitter