



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E
te F in deze vertegenwoordigd door G te H

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, decompressie L1 tot S1 met hemilaminectomie, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201300426

Zittingsdatum : 2 april 2014

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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

- 1) C te D en
- 2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door G te H.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (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 Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering T Start 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 operatieve behandeling, inhoudende decompressie op niveau L1 tot S1 met hemilaminectomie, uitgevoerd te Steinfurt, Duitsland, ten bedrage van circa €19.900,- (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 21 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 8.124,42 wordt vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot tarifiering en een aanvullende vergoeding van € 3.285,90 heeft verleend.
- 3.4. Bij brief van 19 november 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 24 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 januari 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 januari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014010355) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat de vraag of verzoeker een indicatie had voor de ondergane operatie niet aan de orde is. Het geschil spitst zich toe op de hoogte van de vergoeding. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-code is passend voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 12 maart 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 4 april 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 april 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker kampte sinds 2007 met een lumbale kanaalstenose. De diverse behandelingen die hij heeft ondergaan in Nederland boden geen verlichting. Bovendien durfde geen enkele medisch specialist in Nederland een operatieve behandeling aan. In 2012 vernam verzoeker over een chirurg in Duitsland die gespecialiseerd is in de behandeling van stenoses. Verzoeker heeft zich nader laten informeren en besloot op consult te gaan bij de betreffende arts. Na uitgebreid onderzoek stelde deze een operatieve behandeling voor. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan contact opgenomen met zijn behandelend arts in Nederland. Deze verklaarde dat, indien hij zou durven opereren, hij dezelfde methode zou toepassen als die de arts in Duitsland had voorgesteld. Zodoende had verzoeker vertrouwen in de voorgestelde operatieve behandeling, en heeft hij de Duitse arts een offerte laten opstellen. Deze offerte is bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Op basis hiervan werd het Nederlandse tarief van € 8.124,42 vastgesteld, en verdoestemming verleend voor de operatie. Verzoeker heeft geïnformeerd hoe de vergoeding eruit zou zien als de operatie anders zou verlopen dan de omschrijving in de offerte. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat alsdan een nieuwe omschrijving van de behandeling moest worden overgelegd, waarna deze zou worden beoordeeld en een aangepaste vergoeding zou worden vastgesteld. Verzoeker was hiermee gerustgesteld en heeft besloten de operatieve behandeling te laten uitvoeren.
- 4.2. Op 8 november 2012 heeft de operatieve behandeling, inhoudende een decompressie op niveau L1 tot S1 met een hemilaminectomie, plaatsgevonden in Steinfurt.
- 4.3. De rekening van het ziekenhuis is hoger uitgevallen omdat de operatie moeizamer verliep dan verwacht en langer duurde. Ook het honorarium van de arts viel hoger uit. Echter, omdat zijn eigen inschatting hem tegenviel, heeft de arts 25 percent korting aan verzoeker verleend. De rekeningen zijn bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, vergezeld van een uitgebreid operatieverslag. Toen verzoeker de uitkeringsspecificatie van de ziektekostenverzekeraar ontving was hij onaangenaam verrast; de vergoeding van € 8.124,42 werd gehandhaafd. Verzoeker verklaart begrip te hebben voor het feit dat Nederlandse tarieven ongewijzigd blijven in geval van complicaties. Het is de ziektekostenverzekeraar echter aan te rekenen dat verzoeker niet volledig en correct is geïnformeerd. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht heeft geschonden.

- 4.4. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot nabetaaling van een bedrag van € 3.285,09. Verzoeker is hierover verheugd. Thans staat evenwel nog een kostenpost van € 8.615,94 open, welk bedrag volledig ziet op rekeningen van de behandelend arts in Duitsland. Het is vreemd dat de ziektekostenverzekeraar niet overgaat tot vergoeding, terwijl toestemming is verleend. De volgende bedragen zijn niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar: (i) € 117,31 ter zake van het consult, (ii) € 3.500,- op basis van de honorariumovereenkomst met de behandelend arts, (iii) € 4.819,13 ter zake van de inzet van de arts en het verblijf in het ziekenhuis en (iii) € 179,50 ter zake van de rekening van het ziekenhuis (restantbedrag na vergoeding).
- 4.5. Verzoeker is teleurgesteld over de hele gang van zaken. De kosten van de operatieve behandeling zijn veel hoger uitgevallen dan verwacht en de dienstverlening van de ziektekostenverzekeraar is gebrekkig; de verstrekte informatie is zelfs misleidend.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat hij op 31 augustus 2012 in de kliniek in Duitsland is geweest. Op verzoek van de receptioniste heeft hij een verklaring ondertekend. Verzoeker meende dit te kunnen doen omdat van een operatie nog geen sprake was. De behandelend arts heeft medegedeeld dat € 2.000,- tot € 3.000,- aan extra kosten mogelijk zou zijn. Het totaalbedrag zou dan op € 12.200,- komen. De behandelend arts adviseerde verzoeker een één- of tweepersoonskamer. Op 22 oktober 2012 heeft verzoeker aan de arts medegedeeld dat hij zich als algemeen patiënt wilde aanmelden. Dit kan worden beschouwd als een herroeping van de eerdere verklaring. Tot slot stelt verzoeker dat de Honorarvereinbarung een voorschot betrof. Het hiermee gemoeide bedrag is niet verrekend. De kosten vielen namelijk hoger uit, waarmee het totaalbedrag op circa € 19.000,- kwam. Door de ziektekostenverzekeraar is ruim € 11.000,- vergoed.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Voor geplande zorg in het buitenland gelden de volgende voorwaarden. (i) De zorg behoort, op basis van een verwijzing van de huisarts of medisch specialist, tot de verzekerde prestaties in het kader van de zorgverzekering. (ii) De zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. (iii) Een verzekerde is naar aard en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen. (iv) De zorg is doelmatig en niet onnodig kostbaar. (v) Uit het definitieve behandelplan van de medisch specialist is duidelijk welke behandeling wordt uitgevoerd. (vi) Uit de kostenraming/offerte blijkt welke kosten het ziekenhuis zal declareren.
- 5.2. Een verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of marktconforme tarieven.
- 5.3. Voorafgaand aan een behandeling kan een schriftelijke verklaring in de vorm van een S2-formulier worden afgegeven. Dit is een toestemmingsformulier om een behandeling in het buitenland te ondergaan. Het is geen garantie voor volledige kostenvergoeding. Met een S2-formulier heeft een verzekerde recht op vergoeding conform het stelsel van het land waar de zorg wordt genoten. Toeslagen in verband met een eenpersoonskamer of behandeling door een chef-arts zijn altijd voor rekening van de verzekerde. Als voorafgaand aan de behandeling geen S2-formulier wordt afgegeven, maar per brief toestemming wordt verleend, wordt door de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de zorg afgebakend.
- 5.4. Bij brief van 12 oktober 2012 is aan verzoeker toestemming verleend voor een operatie in Duitsland op 8 november 2012, een en ander conform artikel 19.1 van de zorgverzekering. In de betreffende brief is het tarief van € 8.124,42 genoemd. Verzoeker heeft een restitutiepolis afgesloten, waardoor hij vrije keuze van zorgverleners heeft. Er vindt vergoeding van 100 percent van het Nederlandse marktconforme tarief plaats. Het Nederlandse tarief wordt geacht kostendekkend te zijn voor de gehele behandeling. De genoemde vergoeding is aan verzoeker uitgekeerd en zodoende heeft hij ontvangen waarop hij vanuit zijn zorgverzekering recht heeft.

- 5.5. In onderhavig geval heeft zich het volgende voorgedaan. De aanvraag voor de behandeling in Duitsland is goedgekeurd voor een maximumbedrag van € 8.124,42, zijnde DBC-code 030811002105000023. Voorafgaand aan de operatie is een toelichting gegeven op dit tarief. Na de operatie heeft verzoeker laten weten dat de operatie langer heeft geduurd en er meer verrichtingen hebben plaatsgevonden. Aan de hand van het rapport van de behandelend arts heeft (de medisch adviseur van) de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat de vastgestelde vergoeding correct en toereikend is. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de door verzoeker geclaimde vergoeding van nagekomen kosten, ná de ingreep is ontvangen. Daardoor was het niet mogelijk verzoeker voorafgaand aan de operatie te wijzen op een eventuele eigen bijbetaling op grond van het feit dat de vergoeding mogelijk ontoereikend zou zijn.
- 5.6. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot tarifiering. Het Duitse orgaan heeft niet gedifferentieerd kunnen specificeren welke delen van de declaraties wel, en welke delen niet volgens de Duitse sociale ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar zich tot het CVZ gewend. Van het CVZ is het bericht ontvangen dat voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan dient te worden uitgegaan van een totaal tarief van € 11.409,51. Zodoende heeft verzoeker recht op een aanvullende vergoeding van € 3.285,09. Dit bedrag is aan verzoeker uitgekeerd. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich dat verzoeker de nodige onzekerheid en ongemak heeft ondervonden, en biedt hiervoor zijn excuses aan.
- 5.7. Verzoeker heeft in het kader van de procedure bij de commissie aanvullende informatie overgelegd. Deze informatie betreft onder meer een betaling van € 3.500,- die verzoeker aan de behandelend arts in Duitsland heeft gedaan. Verzoeker stelt dat met deze betaling geen rekening is gehouden bij de vaststelling van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar merkt hiertoe op dat de betreffende betaling een voorschotbetaling is. Deze voorschotbetaling is voor het vaststellen van de vergoeding niet relevant, aangezien de maximale uitkering is bereikt. Overigens is door verzoeker geen nota van de voorschotbetaling overgelegd. Slechts uit het aanhangsel van de honorariumovereenkomst blijkt dat het bedrag van € 3.500,- voorafgaand aan de operatie door verzoeker moest worden voldaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de voorschotbetaling is verdisconteerd in de verleende vergoeding.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat € 5.000,- teveel is betaald. Het is namelijk gebleken dat via de DOT-systematiek slechts € 6.000,- hoefde te worden vergoed. De tarifiering had eigenlijk niet te hoeven worden uitgevoerd, aangezien verzoeker heeft verklaard als privé-patiënt te willen worden behandeld. Daarom kon geen S2-formulier worden afgegeven. De uitkomst van de tarifiering was circa € 11.400,-. Dit bedrag is uiteindelijk aan verzoeker vergoed. Feitelijk is dus € 5.000,- teveel betaald. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de Honorarvereinbarung, die verzoeker op 31 augustus 2012 heeft getekend, los staat van de keuze van verzoeker als privé-patiënt te willen worden behandeld. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van een toezegging; er is enkel de mogelijkheid geboden aanvullende informatie inzake de extra kosten aan te leveren in verband met een mogelijk te openen parallelle DBC. Inhoudelijk bleek de behandeling hetzelfde als de behandeling die werd aangevraagd.
- 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 16 van de "Algemene voorwaarden" 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 een hogere vergoeding toe te kennen voor de door verzoeker in Duitsland ondergane operatie, 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 1 tot en met 40 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. (...)

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.

(...)

U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

(...)"

8.4. Artikel 19 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering regelt de vergoeding van zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"19.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze recht op vergoeding van:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
- zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Keuze Zorg Plan tot maximaal:

- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

- het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

- wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

(...)

19.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

(...)"

8.5. De artikelen 1 van de "Aanspraken" en 19 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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 is naar een andere EU-lidstaat - Duitsland - gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is aanvankelijk, op grond van de zorgverzekering, een vergoeding op basis van DBC 030811002105000023 toegezegd, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 8.124,42. Er is geen S2-formulier afgegeven en de ziektekostenverzekeraar heeft bij de afgifte van de machtiging niet aan dit formulier gerefereerd. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus niet juist heeft gereageerd op de aanvraag van verzoeker.
- 9.3. De reactie van de ziektekostenverzekeraar begrijpt de commissie aldus dat verzoeker de vereiste toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 is geweigerd. De vraag is daarom allereerst of deze weigering terecht was. Door de ziektekostenverzekeraar is geen duidelijke grond voor de weigering aangevoerd. Zodoende heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geweigerd een S2-formulier af te geven en dient hij over te gaan tot tarifiering, hetgeen echter reeds is geschied. Het orgaan van de lidstaat van verblijf, Duitsland, heeft na tussenkomst van het CVZ op 31 mei 2013 verklaard dat op grond van het Duitse stelsel recht bestaat op € 11.409,51. Dit is het bedrag dat zou zijn vergoed indien een S2-formulier was afgegeven. Aangezien genoemd bedrag hoger is dan de vergoeding waar verzoeker op grond van de zorgverzekering aanspraak op heeft, is € 3.285,09 nabetaald.

- 9.4. Per saldo is een bedrag van € 8.615,94 voor rekening van verzoeker gebleven, welk bedrag ziet op het consult, een betaling op de opnamedag, artsenhonorarium en ziekenhuisverblijf en het niet vergoedde deel van de ziekenhuisnota. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van dit bedrag. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. Het bedrag van € 117,31 ter zake van het consult dat heeft plaatsgevonden op 31 augustus 2012 is door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering. Vanwege het feit dat dit bedrag volledig is verrekend met het verplicht eigen risico 2012 is geen uitkering gevolgd. Een en ander blijkt uit de uitkeringspecificatie van 23 september 2012.
- 9.6. Het bedrag van € 3.500,-- dat door verzoeker op de opnamedag is betaald aan de arts ziet op een "Honorarvereinbarung". Dit is een aparte overeenkomst die verzoeker met de arts heeft gesloten over de betaling van het deel van het honorarium dat noch onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering valt - en derhalve ook buiten de tarifiering blijft -, noch ten laste van de zorgverzekering komt, en daarom voor rekening van verzoeker blijft.
- 9.7. De rekening van 24 december 2012 van de arts/ het ziekenhuis ten bedrage van € 4.819,13 betreft de operatieve behandeling en het verblijf in het ziekenhuis. Verzoeker stelt dat ter zake van deze rekening geen vergoeding is verleend door de ziektekostenverzekeraar. Wat hiervan ook zij, zoals onder 9.3 is overwogen, blijft de vergoeding op grond van de zorgverzekering beperkt tot het Nederlandse tarief van € 8.124,42, welk tarief binnen het Nederlandse systeem moet worden geacht kostendekkend te zijn. De vergoeding op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering bedraagt maximaal € 11.409,51. Het meerdere blijft derhalve voor rekening van verzoeker.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2014,

Voorzitter