



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen IZZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, onderzoek en behandeling
bij klachten na chemotherapie in verband met ziekte van Hodgkin,
farmaceutische zorg, Zovirax® bij gordelroos

Zaaknummer : 201401948

Zittingsdatum : 20 mei 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C, beiden te B,
tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 onderzoek en behandeling in verband met hartklachten na chemotherapie, ondergaan te Dothan, Alabama, Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzichten van 24 juni en 8 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 1.170,16.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de verleende vergoeding van € 1.170,16 voor het onderzoek en de behandeling juist is, en dat verzoeker aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding voor de radiotherapie ter hoogte van € 520,15. Hierop is het verplicht eigen risico van € 360,- in mindering gebracht, zodat aan verzoeker € 160,16 is uitgekeerd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 7 oktober 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 26 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015035105) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat met betrekking tot de uitgevoerde onderzoeken in verband met hartklachten door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-zorgproducten zijn gehanteerd. Zovirax® (cutane aciclovir) is niet opgenomen het GVS. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 mei 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 22 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut 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 Zorginstituut bij brief van 28 mei 2015 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. De behandelend arts heeft ten aanzien van verzoeker verklaard: *"This patient required a MUGA scan because he has received chemotherapy with Adriamycin for treatment of Hodgkin's disease. (...) Cardiomyopathy... And that is my concern which is warranted by facts. The patient discussed symptoms of shortness of breath and fatigue during previous office visit. (...)"*.
- 4.2. Verzoeker is bekend met de ziekte van Hodgkin, waarvoor hij in Nederland diverse behandelingen met chemotherapie heeft ondergaan. Vanwege zijn studie is hij daarna naar de Verenigde Staten gegaan. Omdat verzoeker last had van kortademigheid, moeheid en pijn op de borst, heeft hij op 7 april 2014 aldaar een arts bezocht. Deze stelde voor een mugascan, een CT-scan en enkele andere onderzoeken uit te voeren. Op 9 april 2014 heeft verzoeker opnieuw het ziekenhuis bezocht. Verzoeker ontving van de behandelend arts nota's van \$ 9.265,25 respectievelijk \$ 719,75. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan slechts een bedrag vergoed van € 1.170,16 respectievelijk € 520,15. Verzoeker is van mening dat hij aanspraak heeft op een hogere vergoeding.
- 4.3. Verzoeker kreeg op 7 juni 2014 ook last van gordelroos in zijn gezicht, hetgeen gepaard ging met veel pijn en jeuk. Hij heeft de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) bezocht, en de arts ter plaatse schreef hem het middel Zovirax® voor. De rekening bedroeg \$ 662,30. Verzoeker ontving hiervoor geen vergoeding, omdat het betreffende middel in Nederland gewoon in de winkel kan worden gekocht voor ongeveer € 8,- per tube. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar die verzoeker hierover telefonisch sprak, merkte op dat in de nota van het Amerikaanse ziekenhuis wellicht een deel EHBO is begrepen. Verzoeker heeft sindsdien echter niets meer van de ziektekostenverzekeraar vernomen. Hij is van mening dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige nota, ten laste van de zorgverzekering.


 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij tijdens de afspraak op 9 april 2014 de uitslag van het onderzoek kreeg.


 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar


 5.1. Verzoeker heeft op 7 en 9 april 2014 het Southeast Alabama Medical Center bezocht, waarvoor hij twee rekeningen heeft ontvangen met een totaalbedrag van \$ 9.985,-, hetgeen omgerekend € 7.261,37 is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de nota's twee DBC-zorgproducten vastgesteld, namelijk 99899015 en 99499015, met bijbehorende tarieven van € 649,15 respectievelijk € 521,01. Deze bedragen zijn aan verzoeker vergoed. De gekozen "zwarte" DBC-codes maken het mogelijk de mugascan aan verzoeker te vergoeden.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar ontving ook een nota voor een behandeling met radiotherapie, die plaatsvond op 7 april 2014. De nota bedroeg \$ 715,-, hetgeen omgerekend € 520,15 is. Dit bedrag is, onder aftrek van het verplicht eigen risico van € 360,-, aan verzoeker vergoed. Hij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.


 5.3. Bij verzoeker was geen sprake van spoedeisende zorg die niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Er bestonden gezondheidsklachten, waarvoor een voor verzoeker bekende oncoloog werd ingeschakeld. Deze heeft voorgesteld een mugascan te maken, teneinde te beoordelen of de klachten van kortademigheid konden worden verklaard door aantasting van het hartweefsel als gevolg van de chemotherapie. De onderzoeken passen echter niet bij een acuut hartprobleem. Niet gebleken is dat direct medisch ingrijpen noodzakelijk was. Om die reden is geen verdergaande vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk.

 5.4. Met betrekking tot het middel Zovirax® merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit geen geregistreerd geneesmiddel betreft dat door de Minister van VWS is aangewezen. Daarom komt het middel niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, en bestaat geen aanspraak op een aanvulling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De zorg die is verleend op de SEH is volledig aan verzoeker vergoed.


 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat is vergoed op basis van het Nederlands tarief. De medisch adviseur heeft twee DBC-zorgproductcodes vastgesteld. Het Zorginstituut heeft bevestigd dat dit de juiste codes zijn. Een hogere vergoeding is daarom niet mogelijk.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 10 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. (...)"

8.4. Artikel 31 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
- eerste terhandstellingsgesprek;*
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.*

Geregistreerde geneesmiddelen:

met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij preferente geneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. (...)"

8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EERland of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

-- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"

8.6. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg--tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Uitzondering:

de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot maximaal 100% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen ons en de betreffende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg (artikel 11);
- Verloskundige zorg (artikel 13.1) die wordt geleverd door een huisarts;
- Medisch specialistische zorg (artikel 14 tot en met 20) die wordt geleverd door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis, en het eventueel medisch noodzakelijke verblijf (artikel 34);
- Geestelijke gezondheidszorg (artikel 23, 24 en 34) die wordt geleverd door een GGZ--instelling of psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagooggeneralist die verbonden is aan een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis;
- Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel 29.3) die wordt geleverd door een kaakchirurg verbonden aan een ziekenhuis. (...)"

8.7. De artikelen 1.4, 9, 14 en 31 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.8 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Farmaceutische zorg is geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.9. 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.

- 8.10. Artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de IZZ Basisverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;*
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;*
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen de Verenigde Staten en Nederland bestaat geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering, zodat dient te worden getoetst aan artikel 9 van de zorgverzekering.

Onderzoek en behandeling in verband met gevolgen chemotherapie

- 9.2. Niet in geschil is dat het onderzoek en de behandeling die in de Verenigde Staten hebben plaatsgevonden, een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding.

- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van twee DBC-zorgproducten. Het zorgproduct met de code 099499015 heeft als omschrijving: *"Cardiologie / Ischemie met/zonder schade / Ambulant middel / Hart/Vaat ischemische hartziekte (...) Behandeling of onderzoek op de polikliniek bij een hartaandoening als gevolg van geblokkeerde bloedtoevoer (hartinfarct) of tekenen van onvoldoende bloedtoevoer naar het hart"*, en de code 099899015 heeft als omschrijving: *"Supraventriculaire ritmestoornissen (incl accessoire bundels) / Ambulant middel / Dag 1-2 / Hart/Vaat reumatisch en overig (...) Een tot twee dagbehandelingen of polikliniekbezoeken bij een (chronische reumatische) hartziekte of acuut reuma"*. Beide codes zijn afkomstig uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders IZZ 2014' heeft de ziektekostenverzekeraar voor eerstgenoemde code een tarief afgesproken van € 528,--, en voor laatstgenoemde code een tarief van € 642,--. Deze tarieven zijn aan verzoeker vergoed.

De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproducten komen de commissie - gelet op de verklaring van de behandelend arts en de overgelegde nota - juist voor. De nota van \$ 715,-- - omgerekend € 520,15 - is door de ziektekostenverzekeraar vergoed onder aftrek van het toepasselijke eigen risico. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding voor het onderzoek en de behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Vergoeding Zovirax®






- 9.4. Ten aanzien van de vergoeding van het middel Zovirax®, dat verzoeker heeft gekregen ter behandeling van gordelroos in zijn gezicht, dient de vraag te worden beantwoord of het een geregistreerd geneesmiddel betreft. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.
- 9.5. Het middel Zovirax® betreft een geregistreerd geneesmiddel, waarvan verschillende vormen beschikbaar zijn. De variant in crèmevorm, zoals die aan verzoeker is voorgeschreven, is niet door de Minister van VWS aangewezen als een geneesmiddel dat ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering. Dat het middel kennelijk veel duurder is dan in Nederland, brengt hierin geen verandering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een aanvulling op de vergoeding die vanuit de zorgverzekering wordt verleend, indien het gaat om spoedeisende zorg in het buitenland, die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat geen sprake was van spoedeisende zorg, omdat de uitgevoerde onderzoeken niet passen bij een acuut hartprobleem of -defect. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.7. Verzoeker heeft in Nederland gedurende veertien maanden chemotherapie ondergaan in verband met de ziekte van Hodgkin. Tijdens zijn verblijf in de VS kreeg hij last van onder andere pijn op de borst en kortademigheid. Gezien het feit dat chemotherapie kan leiden tot schade aan het hart, en de klachten van verzoeker zouden kunnen duiden op deze schade, lag het voor de hand dat verzoeker met deze klachten zo snel mogelijk een ziekenhuis bezocht. In die zin is sprake van spoedeisende zorg. De arts ter plaatse heeft vervolgens gekozen voor de onderhavige onderzoeken. De commissie is van oordeel dat de klachten van verzoeker - mede gelet op de voorgeschiedenis - het noodzakelijk maakten dat op 7 april 2014 direct onderzoek werd verricht. Dat de ziektekostenverzekeraar - achteraf - heeft beoordeeld dat de uitgevoerde onderzoeken niet passen bij een acuut hartprobleem brengt hierin geen verandering, omdat de beoordeling welke onderzoeken - gegeven de klachten - noodzakelijk zijn, is voorbehouden aan de behandelend arts. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota van 7 april 2014 met een bedrag van \$ 9.265,25 alsnog volledig aan verzoeker te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, onder aftrek van de reeds aan verzoeker uitgekeerde vergoeding.
- 9.8. De kosten van het middel Zovirax® komen - als gezegd - niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, zodat tevens geen aanspraak bestaat op een aanvulling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Conclusie

- 
- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.7. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is bepaald in 9.7. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 3 juni 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo







