



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : Buitenlandpolis, Thailand, operatieve verwijdering hersentumor, chemotherapie, radiotherapie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201400849
Zittingsdatum : 23 juli 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 ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk 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 verzekering Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 de operatieve verwijdering van een hersentumor, uitgevoerd te Bangkok (Thailand), ten bedrage van 1.000.323 THB (circa € 22.500,--), en vergoeding van de kosten van chemotherapie en radiotherapie, eveneens aldaar uit te voeren, ten bedrage van totaal circa 2.200.000 THB (circa € 50.000,--)(hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 21 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding voor de chemotherapie € 4.923,81 bedraagt voor de eerste 42 dagen en € 1.261,63 per cyclus voor de daaropvolgende zes cycli. De vergoeding voor de operatie bedraagt € 11.474,64.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij een tweetal e-mailberichten van 25 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoeding voor de radiotherapie € 6.181,79 bedraagt, en dat voor het overige het standpunt wordt gehandhaafd.

3.3. Bij brief van 18 maart 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht het Nederlandse tarief voor de uit te voeren behandelingen chemotherapie en radiotherapie correct vast te stellen en, indien dit bedrag hoger is dan het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde bedrag, deze te verplichten een aanvullende vergoeding te verlenen. Daarnaast verzoekt hij te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het operatief verwijderen van de hersentumor volledig te vergoeden. En subsidiair verzoekt hij dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is, indien behandeling in Thailand niet mogelijk is, de kosten van repatriëring naar Nederland volledig te vergoeden (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 16 juni 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 3 juli 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 juni 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juli 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: "(...) *Brain tumor, left frontal lobe (...) Glioblastoma (WHO grade IV) (...)*".
- 4.2. Op 23 januari 2014 heeft de behandelend arts de volgende operatie uitgevoerd: "*Left craniotomy and tumor removal*".
- 4.3. Eind 2013 is de gezondheidstoestand van verzoeker in rap tempo verslechterd. In januari 2014 is hij opgenomen in het Bumrungrad ziekenhuis te Bangkok. Onderzoek wees uit dat verzoeker een zeer grote en kwaadaardige tumor in de rechterzijde van de hersenen heeft, die bovendien zeer agressief van aard is. Een groot deel van de tumor is intussen operatief verwijderd. Het resterende deel dient te worden behandeld met chemotherapie en radiotherapie. Bij niet behandelen is de levensverwachting van verzoeker circa vijf maanden, en bij wel behandelen circa twee jaar. Aangezien verzoeker thans nog kwaliteit van leven heeft, geniet behandeling de voorkeur. Omtrent de vergoeding van de kosten van deze verdere behandeling door de ziektekostenverzekeraar zijn evenwel problemen ontstaan.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar vergoedt conform de polisvoorwaarden voor de behandeling een bedrag dat gelijk staat aan het tarief dat in Nederland voor een soortgelijke behandeling wordt gehanteerd. Dit komt neer op een verschil van circa € 40.000,--. Overigens werd door de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 25 maart 2014 ineens een totale vergoeding van circa € 45.000,-- genoemd, maar hierop werd in een later telefonisch contact met de dochter van verzoeker teruggekomen. Deze wijze van informeren en communiceren is laakbaar. Mede in aanmerking genomen dat het een feit van algemene bekendheid is dat de kosten van medische zorg in Thailand in de regel lager zijn dan de kosten van zorg in Nederland, is voornoemd substantieel verschil ongeloofwaardig. Verzoeker heeft zich destijds bij het afsluiten van de verzekering goed laten informeren en uiteindelijk de keuze gemaakt voor de ziektekostenverzekering. Hiermee kon hij in redelijkheid er van uitgaan voldoende gedekt te zijn in geval van ziekenhuisopname. Thans blijkt dit echter anders uit te pakken en wordt verzoeker met een absurd en onverklaarbaar prijsverschil geconfronteerd. Aangezien de financiële mogelijkheden om de behandeling zelf te bekostigen niet voorhanden zijn, betekent dit een spoedig einde van het leven van verzoeker.
- 4.5. Bij onderzoek door de zoon en dochter van verzoeker is gebleken dat de tariefberekening van de ziektekostenverzekeraar niet klopt. Twee Nederlandse ziekenhuizen hebben verklaard dat een soortgelijke behandeling als die verzoeker dient te ondergaan, circa € 50.000,-- kost. Dit bedrag sluit min of meer aan bij het bedrag dat door het Thaise ziekenhuis is genoemd, doch daarentegen in het geheel niet bij het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag. Het primaire verzoek aan de commissie is dan ook vast te stellen welk tarief in Nederland gebruikelijk is voor de nog uit te voeren behandeling van verzoeker. Indien dit bedrag hoger is dan het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde tarief, dient door deze een aanvullende vergoeding te worden toegekend in de vorm van een betaalgarantie aan het ziekenhuis.

- 4.6. De zoon van verzoeker heeft van het Thaise ziekenhuis vernomen dat de ziektekostenverzekeraar niet is overgegaan tot vergoeding van de operatieve verwijdering van de hersentumor. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor toekomstige opnames van verzoeker. Zolang het geld niet wordt overgemaakt, zal een opname namelijk worden geweigerd. Het verzoek aan de commissie is daarom tevens te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de uitgevoerde operatieve verwijdering van de hersentumor volledig te vergoeden.
- 4.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar is behandeling in Nederland altijd mogelijk, omdat wordt vergoed conform de Nederlandse maatstaven. In geval verdere behandeling in Thailand is uitgesloten, dient verzoeker te worden gerepatriëerd naar Nederland. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat de kosten van repatriëring niet worden vergoed aangezien behandeling in Thailand kan plaatsvinden. Volgens verzoeker is dit onredelijk. Indien de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling slechts € 13.000,-- vergoedt, terwijl eenzelfde behandeling in Thailand ruim € 50.000,-- kost, dan is de facto behandeling in Thailand niet mogelijk. De uitleg van de polisvoorwaarde door de ziektekostenverzekeraar is derhalve in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Mitsdien stelt verzoeker zich op het standpunt dat, indien de commissie van oordeel is dat het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde tarief juist is, de kosten van repatriëring naar Nederland volledig dienen te worden vergoed. Opgemerkt zij wel dat behandeling in Thailand de voorkeur van verzoeker en zijn familie geniet.
- 4.8. Als gevolg van het lopende geschil met de ziektekostenverzekeraar is verdere behandeling van verzoeker uitgebleven. De tumor is inmiddels weer gegroeid en verzoekers gezondheidstoestand is slecht. In april 2014 heeft wederom een operatie plaatsgevonden, ditmaal in een ander Thais ziekenhuis. Het contact tussen de ziektekostenverzekeraar en de zoon van verzoeker inzake de vergoeding van deze operatie verliep onverwachts zeer prettig. De vergoeding voor de ingreep werd zeer spoedig overgemaakt naar het ziekenhuis. De operatie is helaas maar voor een deel geslaagd, aangezien het er op lijkt dat verzoeker blijvende schade heeft opgelopen. Dit is een zware domper, vooral omdat de tweede operatie niet nodig zou zijn geweest als de geplande behandelingen chemotherapie en radiotherapie waren uitgevoerd. Verzoeker houdt de ziektekostenverzekeraar derhalve verantwoordelijk voor de opgelopen schade. Bovendien is het frustrerend te moeten constateren dat het financieel gezien voor de ziektekostenverzekeraar geen verschil had gemaakt de chemotherapie en radiotherapie dan wel de tweede operatie te vergoeden. Enige humaniteit zou de ziektekostenverzekeraar sieren.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Voor de operatieve verwijdering van de hersentumor is een vergoeding van € 11.474,64 vastgesteld volgens DZP-code 14D581 (looptijd tot en met 42 dagen na ontslagdatum). Voor de radiotherapie is een vergoeding van € 6.181,79 vastgesteld volgens DZP-code 15E411 (looptijd tot en met 42 dagen na startdatum behandeling). Voor de chemotherapie is een vergoeding van € 686,17 vastgesteld volgens DZP-code 15E267 (looptijd tot en met 42 dagen na startdatum, vijf maal voor periode van 210 dagen). Daarnaast is een vergoeding toegekend voor medicatie. Voor de eerste 42 dagen dagelijks 140 mg temozolomide (Temodal) bedraagt de vergoeding € 4.911,81. Na 42 dagen elke vier weken voor zes cycli van vijf dagen 300mg temozolomide (Temodal) bedraagt de vergoeding € 1.515,38. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat genoemde bedragen zijn gebaseerd op de beschikbare gegevens en dat deze kunnen afwijken van de definitieve vergoedingen. Deze definitieve vergoedingen kunnen namelijk pas achteraf worden vastgesteld aan de hand van de originele nota's en medische verslagen van de behandelend artsen.
- 5.2. Ingevolge artikel 23 lid 2 van "Deel B" van de ziektekostenverzekering heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van repatriëring. De repatriëring is namelijk niet medisch noodzakelijk en de behandeling kan plaatsvinden in Thailand.
- 5.3. De ANWB heeft - namens de ziektekostenverzekeraar - meermalen over de kwestie gesproken met de dochter van verzoeker. Zij heeft voor het eerst op 31 januari 2014 aangegeven dat indien de ziektekostenverzekeraar niet akkoord zou gaan met lokale chemotherapie, zij wenste dat verzoeker zo spoedig mogelijk zou terugkeren naar Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft zodoende niet zelf de mogelijkheid van repatriëring aangedragen. In de diverse contacten met de dochter van verzoeker is steeds verklaard dat, indien verzoeker ervoor zou kiezen naar Nederland te komen, de kosten van de behandeling volledig kunnen worden betaald op grond van de

ziekttekostenverzekering. De kosten van de reis blijven echter wel voor rekening van verzoeker. De laatste keer dat de ANWB met de dochter van verzoeker heeft gesproken was op 20 februari 2014.

5.4. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat bij onderzoek door zijn zoon en dochter is gebleken dat Nederlandse ziekenhuizen andere - dat wil zeggen: hogere - tarieven hanteren voor een vergelijkbare behandeling als die hij dient te ondergaan, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. De behandelvorm die een van de Nederlandse ziekenhuizen in dit verband hanteert, komt niet overeen met de ten behoeve van verzoeker aangevraagde behandeling. In de berekening wordt namelijk een middel genoemd dat intraveneus wordt toegediend. Dit leidt tot een geheel andere berekening van het Nederlandse tarief. Voor het declareren van farmaceutische oncologische behandelingen door middel van een infuus en farmaceutische oncologische behandelingen door middel van orale toediening gelden andere regels.

5.5. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich dat verzoeker en zijn familie een zeer zware periode doormaken. Het standpunt wordt echter gehandhaafd. Het is begrijpelijk dat dit teleurstellend is voor hen.

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 9 van "Deel A" van de ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is primair of de ziektekostenverzekeraar is gehouden een hogere vergoeding toe te kennen voor de uit te voeren behandelingen chemotherapie en radiotherapie, alsmede de kosten van het operatief verwijderen van de hersentumor volledig te vergoeden. Subsidiair is aan de orde of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van repatriëring van verzoeker naar Nederland voor zijn rekening te nemen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 4 van "Deel B" van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. (...)

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)

- 8.3. Artikel 1 van "Deel B" van de ziektekostenverzekering omschrijft de restitutiebasis van de verzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 De [ziektekostenverzekering] biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.

lid 2 [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar];*
- 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of*
- 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

lid 3 [Naam ziektekostenverzekeraar] vertaalt de kosten van buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg naar het passend Nederlands DBC-zorgproduct en het bijbehorende Wmg-tarief of berekent het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

(...)"

- 8.4. Artikel 1 van "Deel A" van de ziektekostenverzekering betreft de begripsomschrijvingen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie binnen de medisch specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft de prestaties (onderzoek en behandeling) van zorgverleners voor een zorgvraag. Een DBC-zorgproduct wordt geopend vanaf het eerst consult en sluit na maximaal 365 dagen. De sluitdatum wordt bepaald door de volgende factoren: klinisch of niet-klinische zorg, operatieve of conservatieve behandeling, een nieuwe zorgvraag of vervoltraject van een zorgvraag. De prestaties worden onderscheiden in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Alleen Nederlandse ziekenhuizen werken met DBC-zorgproducten. [Naam ziektekostenverzekeraar] vertaalt de kosten van de ondergane medisch-specialistische zorg in uw woonland en/of in het buitenland naar het betreffende Nederlands DBC-zorgproduct en het bijbehorende Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag."

- 8.5. Artikel 23 van "Deel B" van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van repatriëring, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 2 Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland of - als de behandeling niet in het woonland kan plaatsvinden - naar Nederland.

De organisatie van repatriëring geschiedt door [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgassistance. Bij repatriëring bent u verplicht om direct de hulp van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgassistance in te roepen. U moet daarbij uw cliëntnummer en de naam van de verzekerde opgeven.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft een zogenoemde buitenlandpolis op restitutiebasis afgesloten. De aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 4 van "Deel B" van de ziektekostenverzekering. De vergoeding bedraagt maximaal het tarief dat is overeengekomen tussen de zorgverlener en de ziektekostenverzekeraar, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) of het in Nederland geldende marktconforme bedrag. In het buitenland gemaakte kosten van de ondergane medisch-specialistische zorg worden op grond van artikel 1, derde lid, van "Deel B" van de ziektekostenverzekering vertaald naar het betreffende Nederlandse DBC-zorgproduct en het bijbehorende Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is bij e-mailberichten van 25 maart 2014 de vergoeding voor de behandelingen van verzoeker in Thailand gespecificeerd met inachtneming van het voorgaande. De hierin vermelde informatie zal de commissie als uitgangspunt nemen.
- 9.3. Bij verzoeker is in een ziekenhuis in Bangkok een operatieve verwijdering van een deel van een hersentumor uitgevoerd. Hiertoe is door de ziektekostenverzekeraar DBC-zorgproduct 14D581 vastgesteld, met een bijbehorend tarief van € 11.474,64.
Ter behandeling van het resterende deel van de tumor dient verzoeker in Thailand radiotherapie en chemotherapie te ondergaan. Voor de radiotherapie is DBC-zorgproduct 15E411 vastgesteld, met bijbehorend tarief van € 6.181,79 (looptijd tot en met 42 dagen). Met betrekking tot de chemotherapie is door de ziektekostenverzekeraar DBC-zorgproduct 15E267 vastgesteld, met bijbehorend tarief van € 905,14 (per behandeling). Deze behandeling kan vijf keer worden berekend, zodat voor de chemotherapie een totaalbedrag van € 4.525,70 (vijf maal € 905,14) wordt vergoed.
Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding toegekend voor het medicijn temozolomide. Voor de eerste 42 dagen geldt een vergoeding van € 4.923,81 (inclusief € 12,-- afleverkosten). Voor de periode ná deze eerste 42 dagen geldt een vergoeding van € 1.261,63 per cyclus. Uitgaande van zes cycli, bedraagt de vergoeding € 7.569,78 (inclusief afleverkosten) (zes maal € 1.261,63).
- 9.4. Het voorgaande leidt tot de volgende berekening: € 11.474,64 + € 6.181,79 + € 4.525,70 + € 4.923,81 + € 7.569,78 = € 34.675,72. De ziektekostenverzekeraar is gehouden dit bedrag te vergoeden aan verzoeker.
De commissie merkt nog op dat wat betreft de bestraling, het zorgtraject eindigt na 42 dagen. Indien ná deze 42 dagen wederom een zorgtraject voor bestraling wordt geopend, kan opnieuw het hiervoor geldende tarief worden berekend - en vergoed - aan verzoeker.
- 9.5. Verzoeker heeft gesteld dat aanvankelijk een hogere vergoeding is toegezegd door de ziektekostenverzekeraar. Dit berust evenwel op een misverstand. Door verzoeker is, onder verwijzing naar informatie van een Nederlandse arts, gesuggereerd dat behandeling met cisplatine zou plaatsvinden. De kosten van de intraveneuze behandeling met dit middel zijn hoger, waardoor de mogelijke vergoeding - inclusief de kosten van de operatie - door de ziektekostenverzekeraar is berekend op € 45.912,64. Uiteindelijk is echter gekozen voor behandeling met temozolomide, welk middel oraal wordt toegediend.
- 9.6. Met het oog op het verschil in kosten is door de dochter van verzoeker de mogelijkheid aangedragen verzoeker te laten repatriëren naar Nederland, en hem alhier te behandelen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat als behandeling in Nederland plaatsvindt, de kosten hiervan volledig kunnen worden vergoed. Daarnaast is door hem gesteld dat de repatriëring van verzoeker naar Nederland niet wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aangezien behandeling in Thailand mogelijk is. Hiertoe merkt de commissie op dat eventuele behandeling in Nederland een keuze is van verzoeker en zijn familie. De kosten van repatriëring komen op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. De aanvullende ziektekostenverzekering kent voor deze kosten wel dekking, echter niet in onderhavig geval, aangezien het voor de medische behandeling van verzoeker niet noodzakelijk is dat hij naar Nederland terugkeert. Zoals uit de beoordeling van het primaire verzoek al blijkt, kan de behandeling goed worden uitgevoerd in Thailand, hetgeen overigens ook de voorkeur heeft van verzoeker.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het primaire verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een vergoeding te verlenen van € 34.675,72, uitgaande van een eenmalige behandeling met radiotherapie en zeven cycli van behandeling met temozolomide.
- 9.8. Aangezien het primaire verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het primaire verzoek toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 27 augustus 2014,



Voorzitter

