

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, TACE, hoogte vergoeding
Zaaknummer	: 2008.02538
Zittingsdatum	: 12 augustus 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 mei 2008 de door haar ondergane TACE behandelingen in Frankfurt (Duitsland) tot maximaal € 2.126,65 per behandeling te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Basisaanvullende regeling en de Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van een aantal TACE behandelingen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak tot € 2.126,65 per behandeling te vergoeden.
- 3.3. Op 23 mei, 7 juli, 7 augustus, 8 september en 10 oktober 2008 hebben de behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 20 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 10 november 2008 heeft verzoekster de kwestie aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 28 maart 2009 heeft verzoekster 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.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 28 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juli 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 19 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 22 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29068385) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen omdat door de ziektekostenverzekeraar voor de onderhavige zorg de juiste DBC-prestatiecode is toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 juli 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2009 mondeling respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 18 augustus 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 augustus 2009 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht, waarin het College mededeelt dat voor de onderhavige behandeling geen DBC-prestatiecodes zijn aan te wijzen waarin de ziekenhuisdagen zijn verdisconteerd. Voorts benadrukt het CVZ dat in de situatie van verzoekster geen sprake was van ziekenhuisdagen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij op 23 mei 2007 in het Erasmus Medisch Centrum is geopereerd aan een "uitgebreid in de lever gemetaseerd hepato cellulair carcinoom". Het betrof een tumor van 11 centimeter met 50 metastases. Op 27 september 2007 is in het Slingeland Ziekenhuis begonnen met een palliatieve behandeling met Sorafenib®. Verzoekster heeft zich daarna met toestemming van de ziektekostenverzekeraar gewend tot het UZ te Gent (België), alwaar zij is behandeld met embolisatie van de levertumor met het radioactieve I-131 Lipiodol®. Gezien het verloop van de behandeling is door de hepatoloog in Gent besloten af te zien van verdere behandeling met het radioactieve I-131 Lipiodol®, waarbij een eventuele behandeling met Yttrium-90® is voorgesteld.

Na overleg met een interventieradioloog van de Ludwig-Maximilians Universitair Centrum in München, is gebleken dat het gebruik van Yttrium-90® na een behandeling met radioactief I-131 Lipiodol® een groot risico met zich brengt dat het gezonde leverweefsel ook zal worden vernietigd. De interventieradioloog stelde daarom voor over te gaan tot TACE-behandelingen in Frankfurt (Duitsland). De zorgverlener heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten die aan deze behandelingen zijn verbonden.

- 4.2. Op grond van bovenstaande heeft verzoekster een E 112-formulier aangevraagd. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor vergoeding van de behandelingen tot maximaal € 2.126,65 per behandeling, gedurende de periode van 31 mei tot en met 30 augustus 2008.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de toegezegde vergoeding. Zij stelt dat de TACE behandelingen behoren tot het verzekerde pakket, maar niet in Nederland zijn te verkrijgen, hetgeen blijkt uit de brief van haar internist-oncoloog uit het Slingeland Ziekenhuis van 28 mei 2008. Ook navraag bij het EMC te Rotterdam en het UMC te Utrecht leverde geen behandelaar in Nederland op. Verzoekster zag zich dus genoodzaakt om naar het buitenland te gaan voor deze behandeling.
- 4.4. Uit het arrest Keller van het Europese Hof van Justitie blijkt dat bij afgifte van een E 112-formulier, waar bij brief van 22 mei 2008 om is verzocht, de kosten van de zorg volledig dienen te worden vergoed. Voorts is haar ten onrechte een E 112-formulier is onthouden. Zij vordert de kosten van het onderzoek en de behandeling door de behandelend arts in Frankfurt, de kosten van de chemo en aanverwante producten, alsmede de reis en verblijfskosten. Dit laatste omdat de behandelingen poliklinisch worden verzorgd, en verzoekster daarna niet in staat is om naar huis te reizen, zodat een overnachting in een hotel medisch noodzakelijk is, zoals ook blijkt uit de brief van 23 mei 2008 van de behandelend arts.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat uitsluitend de DBC-prestatiecode voor de radiologische behandeling is toegekend, terwijl haars inziens de overige kosten van het ziekenhuis buiten beschouwing zijn gelaten. Bovendien wordt in Nederland tegenwoordig een meerdaagse opname vergoed voor de onderhavige behandeling. Dat verzoekster niet in een ziekenhuis maar in een hotel verbleef, mag geen reden zijn haar de DBC-prestatiecode voor een meerdaagse opname te onthouden.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat afgifte van een E 112-formulier uitsluitend mogelijk is indien het verzoek daartoe door de behandelend arts wordt ingediend. Omdat de ziektekostenverzekeraar bekend is met het feit dat de behandelend arts van verzoekster geen E 112-formulieren accepteert, heeft verzoekster geen formulier meegekregen om door deze arts in te laten vullen.
 - 5.2. Om vorenstaande reden heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor vergoeding op grond van de zorgverzekering. Dat betekent dat gekeken is naar het Nederlandse tarief. Aan de hand van DBC-prestatiecode 62.11.00.0162.0035 is

een maximale vergoeding van € 2.126,65 per behandeling toegekend.

- 5.3. De uitspraak van het Europese Hof van Justitie, waar verzoekster naar verwijst, ziet op de situatie waarin een E112-formulier is afgegeven. Daarvan is bij verzoekster geen sprake. Het arrest is niet van toepassing in deze situatie.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar – onder verwijzing naar het advies van het CVZ van 22 juli 2009 – aangevoerd dat de door de medisch adviseurs vastgestelde DBC-prestatiecode de juiste is voor de behandeling van verzoekster.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de hoogte van de vergoeding voor de TACE-behandelingen die verzoekster in Frankfurt heeft ondergaan. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt hoe de vergoeding is geregeld indien gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder waarmee de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. Voor zover hier relevant, wordt in lid 4 van genoemd artikel bepaald:

"Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieder met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders.

(...)

Uitzonderingen:

1. de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2008, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:

(...)

- Medisch specialistische zorg (artikelen 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis

(...)"

Met betrekking tot vergoeding van zorg die in het buitenland is genoten, bepaalt artikel 9.1, voor zover hier van belang:

"Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor verzekerde van toepassing is.

(...)

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van de verzekeringsvoorwaarden;

(...)."

Artikel 28 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt ten aanzien van zorg- en wachtlijstbemiddeling het volgende:

Omschrijving:

aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbaar lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling zorgbemiddeling van [naam ziektekostenverzekeraar]. (...). Als geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet tijdig kan worden geleverd, mag de verzekerde gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten. De vergoeding van de kosten van deze zorg zal [naam ziektekostenverzekeraar] vergoeden tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als geen Wmg-tarieven meer gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijk passend is te achten."

- 7.3. De artikelen 9, 12 en 28 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 verwijst in het eerste lid naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer medisch-specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het be-

trokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2 lid 2 Bzv is bepaald dat bij het vaststellen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede worden begrepen medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding oordeelt de commissie als volgt. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief vergoed dient te worden zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de ziektekostenverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme bedrag dient te worden vergoed. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt met zich dat voor verzoekster de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast. Om die reden is de commissie van oordeel dat verzoekster in ieder geval recht heeft op het Nederlandse tarief op basis van de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde DBC-code. De vraag is echter of deze code per behandeling, dan wel voor het gehele traject mag worden gedeclareerd. Daarover overweegt de commissie het volgende.
- 7.7. In de DBC Instructie (0361 Radiologie v20080301) is met betrekking tot het openen en sluiten van DBC's het volgende opgenomen:

“4. Parallele DBC's en het begrip substantiële kosten en inzet

Criteria voor het openen van een parallelle DBC:

- *Er is sprake van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag)*
- *Er is sprake van: “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”.*

Alleen indien aan beide criteria is voldaan, mag een parallelle DBC (zorgtype 11) worden geopend!

*Voorbeelden van substantieel meer kosten of inzet door een **extra zorgvraag** zijn operaties in een heel ander gebied of uitgebreide dure diagnostiek rond een nieuwe zorgvraag. Als er sprake is van substantieel meer kosten of inzet bij **dezelfde zorgvraag**, mag u geen tweede, parallelle DBC openen. Er wordt dan niet voldaan aan het eerste criterium, een extra zorgvraag (een extra CT-scan is geen criterium om een extra DBC te openen).*

Als richtlijn kan worden gehanteerd dat er pas sprake is van “substantieel” als de inzet of de kosten 40% hoger liggen dan het gemiddelde van de al openstaande zorgvraag.

Hierbij is het ook van belang om de essentie van de DBC-systematiek in het oog te houden. Het gaat om gemiddelde profielen. Een enkel consult extra levert in de regel geen substantiële extra kosten of inzet op.

Vervolg DBC's

*Het is **niet** toegestaan om meerdere vervolg DBC's met dezelfde diagnose naast elkaar te hebben.*

Voor vervolg DBC's met verschillende diagnoses gelden dezelfde criteria als bij de reguliere DBC's,

Dus:

- *Er is sprake van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag);*
- *Er is sprake van: “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”.*

Getoetst dient te worden, of sprake is van één zorgvraag dan wel van een extra zorgvraag. Vast staat dat verzoekster voor een hepato cellulair carcinoom werd behandeld, en dat zij in dat kader meerdere TACE-behandelingen heeft ondergaan. Er kan daarom niet worden gesproken van een extra zorgvraag. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat volgens de vigerende systematiek één DBC in rekening mag worden gebracht, welke een looptijd heeft van 365 dagen. Daarna mag eventueel een vervolg-DBC worden geopend. De ziektekostenverzekeraar heeft – door over te gaan tot een vergoeding van één DBC-code per behandeling – evenwel meer uitgekeerd dan waarop verzoekster op basis van het Nederlandse stelsel aanspraak heeft. Op grond van de zorgverzekering kan verzoekster geen recht doen gelden op een hogere vergoeding dan die welke haar door de ziektekostenverzekeraar is toegekend. Rest de vraag naar de eventuele vergoeding op basis van EG-Verordening 1408/71.

- 7.8. Op grond van artikel 22 lid 1 sub c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 kan een verzekerde, voorafgaande aan de behandeling, bij zijn zorgverzekeraar om een E 112-formulier verzoeken. Indien dergelijke toestemming wordt geweigerd, kan achteraf worden getoetst of een dergelijke toestemming op juiste gronden is onthouden.
Een dergelijke toetsing hoeft op grond van het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, zaak C-444/05) niet te worden toegepast indien geen voorafgaande toestemming conform artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 is gevraagd.
- 7.9. De eerste aanvraag van verzoekster om een E 112-formulier is een brief aan de ziektekostenverzekeraar van 18 april 2008. De behandeling is aangevangen op 23 mei 2008.
Omdat hiermee naar het oordeel van de commissie tijdig voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar om een E 112-formulier is verzocht, dient te worden onderzocht of de ziektekostenverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming terecht heeft geweigerd.
- 7.10. Door de ziektekostenverzekeraar is de afgifte van een E 112-formulier geweigerd op de grond dat de Duitse behandelend arts geen E 112-formulier accepteert. De weigeringsgronden voor het niet afgeven van een E 112-formulier beperken zich op grond van artikel 22 lid 1 onder c in samenhang met lid 2 van EG-Verordening 1408/71 echter tot de vraag of de betreffende behandeling een verzekerde prestatie is als bedoeld in de zorgverzekering en of deze behandeling kan worden geleverd in Nederland binnen de termijn die gewoonlijk nodig is, beoordeeld naar de gezondheidstoestand van de verzekerde op dat moment en het te verwachten ziekteverloop.
Op het verzoek tot afgifte van een E 112-formulier bij brieven van 18 april, 22 en 28 mei 2008 is een afwijzing gevolgd en is een machtiging naar Nederlands tarief afgegeven. Bij brieven van 9 en 10 september 2009 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar uitdrukkelijk verzocht om een adres van een ziekenhuis in Nederland waar de TACE-behandelingen kunnen plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 oktober 2009 medegedeeld niet te beschikken over informatie waar TACE-behandelingen kunnen worden uitgevoerd en heeft haar verwezen naar de huisarts.
- 7.11. Omdat hiermee de weigering tot het afgeven van een E 112-formulier door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende dan wel onjuist is gemotiveerd, terwijl wel sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en de indicatie

evenmin wordt bestreden, is de commissie van oordeel dat verzoekster ten onrechte een E 112-formulier is geweigerd.

- 7.12. Door de ziektekostenverzekeraar zal per omgaande moeten worden overgegaan tot tarifiering, om vast te stellen welk tarief in Duitsland aan deze behandelingen verbonden is. Na vaststelling van laatstgenoemd tarief, dient de ziektekostenverzekeraar het meest gunstige tarief aan verzoekster te vergoeden.
- 7.13. Overigens is de stelling van verzoekster dat de behandeling op grond van Europese jurisprudentie, met name het arrest Keller, volledig dient te worden vergoed, naar het oordeel van de commissie onjuist. De vergoeding bij gebruik van het E 112-formulier dient te worden vastgesteld aan de hand van de vergoeding die op grond van het sociale zekerheidsstelsel van de lidstaat waar de zorg wordt dan wel is genoten voor dergelijke behandelingen wordt toegekend. Dit betekent dat de vergoeding niet altijd volledig hoeft te zijn.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoekster recht heeft op het tarief dat in Duitsland op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering voor deze behandelingen wordt gehanteerd, indien en voor zover dat tarief hoger is dan de reeds door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding van € 2.126,65 per behandeling.
8. Het bindend advies
 - 8.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze zoals in rechtsoverweging 7.13 bepaald.
 - 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 18 november 2009,

Voorzitter