

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, tinnitusmaskeerder
Zaaknummer : 2011.00039
Zittingsdatum : 12 oktober 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.9 en 2.17 Bzv, 2.6 en 2.14 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentepolis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de toepasselijke eigen bijdrage ter grootte van € 1.253,50, en het nog openstaande verplicht eigen risico ter grootte van € 135,02, ter zake van een door hem aangeschafte hoortoestel, welk hulpmiddel tevens dient als tinnitusmaskeerder (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 13 juni 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 juli 2011 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. Binnen de gestelde termijn van vier weken heeft de commissie van de ziektekostenverzekeraar geen reactie mogen ontvangen, waarop de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 augustus 2011 opnieuw de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Binnen de gestelde termijn bleef een reactie van de ziektekostenverzekeraar uit. Uiteindelijk heeft de commissie op 31 augustus 2011 de reactie van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Tegen deze gang van zaken heeft verzoeker bij email van 27 september 2011 bezwaar gemaakt en aangevoerd, naar de commissie begrijpt, dat deze reactie buiten beschouwing moet worden gelaten.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 september 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 september 2011 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011090498) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzoeker geïndiceerd is voor een tinnitusmaskeerder en de toestellen van de Siemens Life serie een combinatie van een hoortoestel en tinnitusmaskeerder zijn. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft bij email van 28 september 2011 gereageerd op de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 31 augustus 2011.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Na de hoorzitting heeft verzoeker bij email van 12 oktober 2011 nog een nadere reactie gegeven, omdat de ziektekostenverzekeraar ter zitting nieuwe argumenten heeft aangevoerd en hij daarop ter zitting niet adequaat heeft kunnen reageren.
- 3.12. Een afschrift van deze email is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij email van 24 oktober 2011 hierop geantwoord geen aanleiding te zien voor een nadere reactie. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar voor de volledigheid diens aantekeningen van vóór de hoorzitting en diens verslag van de hoorzitting toegestuurd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 3.13. Bij brief van 25 oktober 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de emails van verzoeker van 27 en 28 september en 12 oktober 2011, het verslag van de hoorzitting en de email van de ziektekostenverzekeraar van 24 oktober 2011 gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de aanvullende stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 november 2011 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het

CVZ verklaart dat ook een combinatietoestel onder de aanspraak 'tinnitusmaskeerder' kan vallen. Uitgangspunt bij de bepaling van de aanspraak is de medische problematiek. De primaire klacht van verzoeker is oorsuizen. Op grond van deze indicatie is de Siemens Life 700 geleverd. Ten aanzien van de doelmatigheid van het onderhavige hulpmiddel is niet bekend of er voor verzoeker een goedkoper adequaat hulpmiddel is. Dit zou nader moeten worden onderzocht.

- 3.14. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 15 november 2011 aan partijen gezonden. Zij zijn in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 november 2011 een nadere reactie op voornoemd advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 24 november 2011 ter kennisname aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft op voornoemd advies van het CVZ noch op de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend audioloog heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: "*Primaire klacht tinnitus*".
- 4.2. In 2010 is bij verzoeker een hoortoestel op het linkeroor geplaatst. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van dit hoortoestel als tinnitusmaskeerder.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij sinds 1995 last heeft van een suizing in zijn linkeroor. Het suizen is continue aanwezig, maar leverde tot 2010 geen hinder op in zijn dagelijks functioneren. Begin 2010 nam het suizen sterk toe, zodanig dat het zijn functioneren ging belemmeren. Verzoeker heeft zich hierop tot de huisarts en oorarts gewend, en uiteindelijk tot de audioloog. De audioloog stelde de diagnose tinnitus.
- 4.4. Verzoeker heeft zich een tinnitusmaskeerder laten aanmeten. Hij stelt dat hij veel baat heeft bij dit apparaat; de ruis is duidelijk minder en overstemt niet meer de binnenkomende signalen van met name spraak. De totale kosten van de tinnitusmaskeerder bedragen € 1.750,-. Hiervan is € 496,50 aan de leverancier vergoed, zodat verzoeker aanspraak maakt op het resterende gedeelte, te weten € 1.253,50. Tot slot stelt verzoeker dat in de polisvoorwaarden geen maximumvergoeding voor een maskeerder ter behandeling van oorsuizingen is opgenomen, hetgeen overeenkomt met de wettelijke regeling. Derhalve dient de tinnitusmaskeerder volledig te worden vergoed.
- 4.5. Met zijn email van 28 september 2011 heeft verzoeker gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 31 augustus 2011. In de polisvoorwaarden is niet vermeld dat alleen aanspraak zou bestaan op tinnitusmaskeerders zonder versterkende functie. Evenmin is vermeld dat een tinnitusmaskeerder alleen wordt vergoed bij een normaal gehoor. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de Siemens Life 700 alleen een hoortoestel is. Dit is niet correct, het toestel heeft ook een ruisonderdrukkende functie.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich voor de volledige vergoeding van de ruismaskeerder baseert op de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelenzorg van de ziektekostenverzekeraar. Enkel op grond van een interne regeling van de ziektekostenverzekeraar is de vergoeding gemaximeerd tot die welke geldt voor hoortoestellen. Verzoeker heeft daar geen kennis van kunnen

nemen, daarom maakt deze regeling geen deel uit van het contract.

4.7. Verzoeker heeft na de hoorzitting via een email nog een nadere reactie gegeven op de ter zitting door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde argumenten. De stelling dat hij eigenlijk helemaal geen recht heeft op vergoeding, omdat hij geen indicatie heeft voor een hoortoestel, bevreedt verzoeker, omdat de ziektekostenverzekeraar hem een vergoeding heeft toegekend van € 496,50. Dit is immers de vergoeding voor een hoortoestel. Daarnaast zou een tinnitusmaskeerder alleen worden vergoed indien deze niet gecombineerd is met een gehoorversterkende functie. Deze voorwaarde is echter niet opgenomen in de polisvoorwaarden. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting enkele prijsverschillen tussen de verschillende soorten hulpmiddelen opgenoemd. Verzoeker was echter niet bekend met dit vergoedingscriterium.

4.8. Verzoeker 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 dat de aangeschafte Siemens Life 700 een hoortoestel is, meer specifiek een combitoestel. Een hoortoestel en een ruismaskeerder hebben verschillende kernfuncties, te weten het versterken van geluid dan wel het afstemmen van een maskerend geluid waardoor de tinnitus als minder storend wordt ervaren. Het hulpmiddel waar verzoeker aanspraak op maakt is een combitoestel. Conform interne richtlijnen dient de hoogte van de vergoeding voor een combitoestel te worden gebaseerd op de voorwaarden zoals deze gelden voor hoortoestellen. Dat het hulpmiddel ook een positief effect heeft op het tinnitusprobleem van verzoeker is hierbij niet van belang. De ziektekostenverzekeraar stelt dat € 496,50 is betaald aan de leverancier van het hoortoestel, hetgeen de maximumvergoeding is voor de verstrekking van een eerste hoortoestel. Verzoeker is over deze vergoeding nog een bedrag van € 135,02 aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd voor het verplichte eigen risico. Het resterende bedrag van de nota, in totaal € 1.253,50, blijft voor rekening van verzoeker.

5.2. Een ruismaskeerder komt alleen voor volledige vergoeding in aanmerking indien deze wordt aangevraagd bij een normaal gehoor.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat noch in de polis noch in de regelgeving een vergoeding is opgenomen voor combitoestellen. Het is óf een ruismaskeerder óf een hoortoestel. Het onderhavige hulpmiddel is tevens een hoortoestel en daarvoor heeft verzoeker geen indicatie. Het andere oor is namelijk nog te goed. Zou er wel een indicatie zijn voor een hoortoestel, dan is een combitoestel onnodig kostbaar en niet doelmatig.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn email van 24 oktober 2011 opgemerkt dat de Beltone Reach een zuivere tinnitusmaskeerder in het assortiment heeft.

5.5. In zijn reactie van 21 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een combinatietoestel niet is opgenomen in het Reglement hulpmiddelen en evenmin in het Rzv. Nu verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor een hoortoestel, maar hij wel enigszins een gehoorverlies heeft, acht de ziektekostenverzekeraar het on-

waarschijnlijk dat het combinatietoestel alleen is voorgeschreven voor de tinnitus. De geleverde Siemens Life 700 is onnodig kostbaar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 verzoeker aanspraak heeft op een Siemens Life 700, 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 31 Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving: U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie) verstrekt [naam ziektekostenverzekeraar] in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] kunt u vinden welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt.

Door:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar].

Eigen bijdrage/maximale vergoeding:

voor de hulpmiddelen waarvoor een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar]. (...)

- 8.3. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] is bepaald dat aanspraak bestaat op hoortoestellen en maskeerders. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:”

“Artikel 2.14 Regeling zorgverzekering: gehoorhulpmiddelen, zoals:

Omschrijving hulpmiddel: hoortoestellen

Eigendom/ bruikleen: eigendom

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien
 Verwijzing door: Vanaf 16: audiologisch centrum of kno-arts t/m 15 jaar: audiologisch centrum
 Machtiging eerste aanschaf: zorgaanbieder
 Machtiging herhaling: zorgaanbieder
 Machtiging reparaties: nee (garantie: 24 maanden toestel, 6 maanden reparatie)
 Gebruikstermijn/ maximum aantal: gebruikstermijn 5 jaar
 Bijzonderheden: maximale vergoeding eerste verstrekking of herhaling:
 - binnen 6 jaar € 496,50
 - tussen 6 en 7 jaar € 587,50
 - na 7 jaar € 678,-
 (...)

Omschrijving hulpmiddel: maskeerders ter behandeling van oorsuizen
 Eigendom/ bruikleen: eigendom
 Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien
 Verwijzing door: audiologisch centrum
 Machtiging eerste aanschaf: zorgaanbieder
 Machtiging herhaling: zorgaanbieder
 Machtiging reparaties: nee (garantie: 24 maanden toestel, 6 maanden reparatie)
 Gebruikstermijn/ maximum aantal: gebruikstermijn 5 jaar
 Bijzonderheden: - “

- 8.4. In artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)
 Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:
 - huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor:
 - geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft en
 - voor (laboratorium)onderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg, dat een andere zorgaanbieder dan de huisarts verricht en deze zorgaanbieder apart in rekening brengt;
 - verloskundige zorg en kraamzorg. Het eigen risico geldt wel voor andere zorgvormen, zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek, vloktest of ziekenvervoer;
 - mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 27.1. Het eigen risico geldt wel voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
 - hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
 - eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.
 (...)”

- 8.5. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorgvorm is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.
- 8.6. De artikelen 1.2, 7 en 31 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv. De aanspraak op gehoorhulpmiddelen is nader uitgewerkt in artikel 2.14 Rzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker meent dat hetgeen door de ziektekostenverzekeraar voorafgaande aan de hoorzitting naar voren is gebracht buiten beschouwing moet worden gelaten, omdat – kort samengevat – de ziektekostenverzekeraar zich niet heeft gehouden aan de door de commissie gestelde termijn voor het uiteenzetten van zijn standpunt. Hoewel een en ander inderdaad niet conform de door de commissie gestelde procesorde heeft plaatsgevonden, meent de commissie dat het buiten beschouwing laten van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, gelet op de aard van de procedure en het tijdstip waarop de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt heeft kenbaar gemaakt (i.e. ver vóór de hoorzitting), niet redelijk is, zodat de stelling van verzoeker reeds om deze reden moet worden gepasseerd. Bovendien kan niet worden geoordeeld dat verzoeker door de gang van zaken is geschaad in diens belangen.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op een tinnitusmaskeerder. Wat partijen verdeeld houdt is de vraag of de Siemens Life 700 is aan te merken als tinnitusmaskeerder, voor welk hulpmiddel geen eigen bijdrage van toepassing is.
- 9.3. Het CVZ heeft in zijn adviezen van 21 september en 9 november 2011 geconcludeerd dat de Siemens Life 700 een combinatie is van een hoortoestel en tinnitusmaskeerder. Ook een combinatietoestel kan onder de aanspraak ‘tinnitusmaskeerder’ vallen. De commissie neemt deze conclusies over en maakt deze tot de hare.
- 9.4. Nu vaststaat dat de Siemens Life 700 tevens een tinnitusmaskeerder is, en verzoeker een indicatie heeft voor dit hulpmiddel komt verzoeker in beginsel aanmerking voor een vergoeding van de kosten van dit hulpmiddel. Rest de vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de Siemens Life 700 en of dit hulpmiddel voor hem doelmatig is.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn email van 24 oktober 2011 gesteld dat in het assortiment van Beltone Reach een zuivere tinnitusmaskeerder is opgenomen. De commissie is uit de informatie van de website van Beltone gebleken dat in het assortiment van Beltone Reach géén zuivere tinnitusmaskeerder is opgenomen. Ook de toestellen uit het assortiment van de Beltone Reach zijn combinatietoestellen.

- 9.6. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de door hem aangeschafte Siemens Life 700. Aangezien deze kosten ten laste komen van de zorgverzekering, en hulpmiddelenzorg niet behoort tot de zorg waarvan de kosten zijn uitgezonderd van het eigen risico, is verzoeker over de vergoeding wél het bedrag van het nog openstaande eigen risico 2010 verschuldigd, voor zover dit nog niet was volgemaakt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen, dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen, toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter