

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, buitenland, prostatectomie met
behulp van DaVinci Robot®, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.00690
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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 (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende Verzekering en Luxe Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een prostatectomie met behulp van de DaVinci Robot® uitgevoerd te Gronau, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voornoemde ingreep wordt vergoed tot een bedrag van maximaal € 9.377,--.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 24 februari 2010 telefonisch 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 29 september 2010 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 (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 de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2011 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop op 15 februari 2011 schriftelijk gereageerd.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 februari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 februari 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 16 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011016409) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen voor zover het tarief dat hoort bij de DBC-prestatiecode 06.11.01.0040.0333 hoger is dan de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte DBC-prestatiecode 06.11.11.010.0313. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 maart 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Op 23 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar, zoals afgesproken tijdens de hoorzitting, de commissie medegedeeld dat hij voor de DBC-prestatiecode 06.11.01.0040.0333 in 2009 een tarief van € 11.059,-- heeft vastgesteld.
- 3.11. Bij brief van 24 maart 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 maart 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 1997 non-hodgkin lymfomen gehad, waarvoor hij is behandeld door middel van een operatie, chemo- en radiotherapie. Op 6 oktober 2009 werd bij verzoeker prostaatkanker vastgesteld. Vervolgens heeft de behandelend uroloog verzoeker, gezien zijn oncologische voorgeschiedenis en de ernst van de situatie, met spoed doorverwezen naar een ziekenhuis waar op korte termijn een adequate behandeling kon plaatsvinden door middel van een robotgeassisteerde laproscopische radicale prostatectomie. In dit geval was dit het St. Antonius Ziekenhuis te Gronau. Deze operatiemethode was de enige juiste in de situatie van verzoeker; een andere operatiemethode zou veel meer schade hebben veroorzaakt. Verzoeker benadrukt dat uitstel van de ingreep voor hem geen reële keuze was. Verzoeker is namelijk op 14 oktober 2009 in Gronau onderzocht. Hierbij bleek dat het kwaadaardige prostaatadenocarcinoom inmiddels uit het kapsel was getreden, waardoor de ingreep veel complexer zou zijn dan normaal. Hierbij merkt verzoeker op dat dit in het Nederlandse ziekenhuis nog niet was vastgesteld. De ingreep is daarom uitgevoerd door de

chef-arts, die de meest ervaren chirurg is op het gebied van robotgeassisteerde urologische operaties. Verzoeker benadrukt dat hij qua verpleegklasse niet heeft gekozen voor de eerste klasse. Hij heeft wel gekozen voor de beste behandelaar, met de meeste ervaring met complexe (prostaat)tumoren.

- 4.2. Bij brief van 23 oktober 2009 heeft Top Medical Care namens verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een prostatectomie met behulp van de DaVinci Robot® in Gronau. In deze brief is tevens vermeld dat de ingreep gepland was voor 3 november 2009, maar dat deze op 22 oktober 2009 is verschoven naar 6 november 2009.
- 4.3. Op 6 november 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag is vermeld, plaatsgevonden.
- 4.4. Op 10 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de prostatectomie met behulp van de DaVinci Robot® wordt vergoed tot een bedrag van maximaal € 9.377,--.
- 4.5. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Op 5 oktober 2009 is hem verteld dat nog geen informatie over de vergoeding kon worden gegeven. Verzoeker moest een machtigingsaanvraag met begroting indienen, daarna zou pas de hoogte van de vergoeding kunnen worden vastgesteld. Verzoeker voelt zich hierdoor “van het kastje naar de muur gestuurd.”
- 4.6. Verzoeker benadrukt dat hij snel geopereerd moest worden, omdat de tumor inmiddels uit het kapsel was getreden. Daarom is in de aanvraag van 23 oktober 2009 ook verzocht om, gezien de urgentie, zo spoedig mogelijk een machtiging te verlenen. De ziektekostenverzekeraar heeft echter pas op 10 november 2009, en dus nadat de ingreep had plaatsgevonden, de machtiging verleend. Verzoeker was daardoor niet voorafgaand aan de ingreep ervan op de hoogte dat de kosten daarvan niet volledig vergoed zouden worden.
- 4.7. Voorts heeft een buurman van verzoeker, die verzekerd is bij hetzelfde concern als waar de ziektekostenverzekeraar onder valt, in een soortgelijke situatie de kosten van de ingreep volledig vergoed gekregen. Dat die ingreep in 2008 heeft plaatsgevonden is volgens verzoeker hier niet van belang.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet gewezen op de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.
- 4.9. In tegenstelling tot hetgeen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt, is de bij de onderhavige ingreep toegepaste techniek niet ongebruikelijk. Deze wordt namelijk in de Verenigde Staten zeer veel toegepast. Ook in Nederland is deze techniek in opkomst. Echter, ten tijde van de ingreep hadden de Nederlandse ziekenhuizen lange wachtlijsten en hogere tarieven dan het ziekenhuis in Gronau. Verzoeker benadrukt dat deze techniek nauwkeuriger en veiliger is, en minder nadelen heeft dan de ouderwetse operatietechniek.
- 4.10. Ter zitting heeft verzoeker zich laten vertegenwoordigen door zijn echtgenote. Zij heeft ter aanvulling het volgende aangevoerd. Ook de door de ziektekostenverzekeraar ter zitting genoemde vergoeding van € 11.059,-- is te laag. Er moet rekening

worden gehouden met alle complicaties, ook al zijn daar door het ziekenhuis niet apart meer kosten voor in rekening gebracht. Het ziekenhuis heeft wel meer ligdagen in rekening gebracht. De echtgenote van verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar erg laat op de aanvraag heeft gereageerd. Ook kon de ziektekostenverzekeraar geen wachtlijstbemiddeling bieden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van niet-spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal het Nederlandse tarief.

5.2. Op 5 oktober 2009 heeft verzoeker telefonisch informatie opgevraagd over de vergoeding van de onderhavige ingreep. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geadviseerd hiervoor een machtiging aan te vragen. Op 27 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ontvangen. Op 10 november 2009 is de machtiging afgegeven. De maximale vergoeding is vastgesteld op € 9.377,--. Dit is het Nederlandse tarief voor een robotgeassisteerde radicale prostatectomie (DBC 06.11.11.00400.313).

5.3. De tarieven waar verzoeker naar verwijst, zijn de zogenaamde vrije tarieven, die ziekenhuizen hanteren als geen contract is gesloten met de betreffende ziektekostenverzekeraar.

5.4. Volgens de informatie van de ziektekostenverzekeraar heeft Top Medical Care verzoeker geadviseerd en geïnformeerd over de ingreep in Duitsland. Daarbij geeft Top Medical Care de patiënten de keuze om eerste of tweede klasse te liggen en wordt de mogelijkheid geboden om door de chef-arts geopereerd te worden, dit tegen bijbetaling. De ziektekostenverzekeraar gaat daarom ervan uit dat verzoeker juist is geïnformeerd en heeft getekend voor de kosten. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dan ook dat verzoeker meent dat hem geen andere (goedkopere) keuze is voorgesteld. Dat Top Medical Care in de aanvraag, onder verwijzing naar de vergoeding van een andere verzekerde van hetzelfde concern, nadrukkelijk verzoekt om een volledige vergoeding, impliceert dat een volledige vergoeding in deze situatie niet gebruikelijk is.

5.5. Bij een prostatectomie is nooit sprake van een spoedeisende situatie. De ziektekostenverzekeraar heeft er begrip voor dat verzoeker de ingreep met spoed wilde laten uitvoeren. Dit is echter geen reden om de onderhavige kosten volledig te vergoeden.

5.6. Dat verzoeker de beslissing op de machtigingsaanvraag niet heeft afgewacht, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

5.7. Ten aanzien van de volledige vergoeding ten behoeve van de buurman van verzoeker in 2008 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat die beslissing genomen is door een toen nog zelfstandig werkende ziektekostenverzekeraar. Pas sinds 1 januari 2009 worden de machtigingen van de verschillende labels van het betreffende concern uniform geregeld. Bovendien gaat het hier om twee verschillende situaties die individueel dienen te worden beoordeeld.

- 5.8. Als een klacht wordt ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, neemt deze bij voorkeur telefonisch contact op met de klager, omdat dit de meest persoonlijke manier is om een klacht af te handelen. Een schriftelijke bevestiging van het gesprek wordt alleen verstuurd als de verzekerde daarom nadrukkelijk vraagt. Uit de registratie is niet op te maken dat verzoeker hierom heeft gevraagd.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat een onjuiste DBC-code is gehanteerd. Er bestaat een landelijke consensus over de te hanteren DBC voor deze robotgeassisteerde ingreep. Het tarief voor deze DBC-code was in 2009 € 11.059,--. De ziektekostenverzekeraar zal dit schriftelijk aan de commissie bevestigen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in Nederland de kosten van medisch specialistische zorg door middel van DBC's worden gedeclareerd en vergoed. In deze DBC's worden alle kosten meegenomen, dus ook nacontroles en complicaties. Wachtlijstbemiddeling is alleen mogelijk als de verzekerde nog niet heeft gekozen voor een specifiek ziekenhuis. Ten aanzien van de termijn die is verstreken tussen het indienen van de aanvraag en het verlenen van de machtiging merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de medisch adviseur tijd nodig heeft om een beoordeling uit te kunnen voeren.
- 5.10. 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 bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de prostatectomie met behulp van DaVinci Robot® volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- “geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”*
- 8.3. De aanspraak op zorg in het buitenland is opgenomen in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“9.1. 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 de verzekerde van toepassing is;*
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [naam zorgverzekeraar] is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*
- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
(...)”*

- 8.4. De artikelen 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

- i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*
- ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.*

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot gedeeltelijke vergoeding van de door verzoeker in Gronau ondergane operatie, is daarmee de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker daarvoor een indicatie heeft, bevestigend beantwoord.
- 9.2. Wat de hoogte van de verleende vergoeding betreft, dient allereerst te worden onderzocht of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding conform artikel 22 van EG-Verordening 1407/81. Verzoeker heeft gesteld dat de behandeling niet tijdig in Nederland kon plaatsvinden, omdat een te lange wachttijd bestond. Hij heeft dit standpunt evenwel niet met stukken onderbouwd. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoeker dan ook niet aannemelijk gemaakt dat de onderhavige zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Het is om die reden dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was aan verzoeker een E112-formulier te verstrekken. Verzoeker heeft daarom, conform artikel 9.1 van de zorgverzekering, aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde tarief.
- 9.3. Ter vaststelling van het in Nederland geldende maximumtarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC-code 06.11.11.0040.0313. Het CVZ heeft in zijn advies van 16 februari 2011 vastgesteld dat deze code niet correct is. De juiste DBC-code is 06.11.11.0040.0333 met als omschrijving: "Reguliere zorg / verhoogd PSA / prostaatcarcinoom / extraluminale endoscopische operatie met klinische episode(n)". Deze DBC-code komt de commissie – gezien de bij verzoeker uitgevoerde operatie – juist voor. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken voor de betreffende DBC-code was, ten tijde van de behandeling, € 11.059,--. Gelet op de polisvoorwaarden heeft verzoeker aanspraak op maximaal het in Nederland geldende tarief.
- 9.4. Het onder 9.3 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 9.5. Wat betreft de termijn tussen het indienen van de aanvraag en het verlenen van de machtiging overweegt de commissie het volgende. Verzoeker heeft op 5 oktober 2009 telefonisch informatie ingewonnen. Hij is op 14 oktober 2009 in Gronau onderzocht. Op 23 oktober 2009 heeft Top Medical Care namens verzoeker de aanvraag ingediend. Deze is op 27 oktober 2009 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2009 de machtiging verleend. Gelet hierop is de commissie van oordeel dat tussen het indienen van de aanvraag en

het verlenen van de machtiging door de ziektekostenverzekeraar geen onredelijk lange termijn is verstreken. Dat verzoeker de ingreep heeft ondergaan voordat de machtiging was verleend, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, aldus dat de ziektekostenverzekeraar het verschil tussen het bij de juiste DBC-code behorende tarief van € 11.059,-- en de reeds toegekende vergoeding van € 9.377,-- aan verzoeker dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Dit is een bedrag van € 1.682,--.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 13 april 2011,

Voorzitter