

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, ooglaserverhandeling,
PTK-behandeling bij indicatie Map-Dot-Fingerprint dystrofie,
doelmatigheid
Zaaknummer : 2012.00764
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C, en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk 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 Restitutie (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] Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaat 250 en [naam ziektekostenverzekeraar] Klasse zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een laserbehandeling van het hoornvlies met behulp van phototherapeutische keratectomie (PTK) (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 2 januari en 24 februari 2012 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 28 februari 2012 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 1 augustus 2012 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 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 12 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 september 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 oktober 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012106322) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het gebruik van bandagelenzen onder de 'stepped care' benadering van de behandeling van Map-Dot-Fingerprint dystrofie valt. De ziektekostenverzekeraar kan, alvorens goedkeuring voor de PTK te verlenen, in dat kader de voorwaarde stellen dat eerst bandagelenzen moeten worden geprobeerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 oktober 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 november 2012 heeft de commissie afschriften van het verslag van de hoorzitting, de pleitnota van verzoeker en de schermprints van de vindplaatsen op internet, zoals genoemd in het CVZ-advies van 18 oktober 2012 aan het CVZ gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 november 2012 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ handhaaft zijn advies dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde behandeling. In het kader van 'stepped care' moet in ieder geval eerst conservatieve behandeling worden overwogen. In individuele gevallen kunnen stappen worden overgeslagen, maar dit moet dan wel worden onderbouwd. De algemene bewering dat bij Map-Dot-Fingerprint dystrofie bandagelenzen geen zin hebben, strookt niet met de informatie van oogartsen.
- 3.11. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 28 november 2012 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft de commissie op 3 december 2012 verzocht om zeven dagen uitstel van voornoemde termijn, omdat hij het definitieve CVZ-advies wilde bespreken met zijn oogarts. De commissie heeft verzoeker het gevraagde uitstel verleend. Bij brief van 10 december 2012 heeft verzoeker de commissie zijn reactie doen toekomen. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 20 december 2012 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 21 december 2012 aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend oogarts heeft vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van Map-Dot-Fingerprint corneadystrofie. Verzoeker heeft hierdoor last van recidiverende pijnlijke erosies. Conservatieve behandelingen, zoals lubricantia, werden in het verleden bij verzoeker geprobeerd, maar bleken niet succesvol. Het uitvoeren van een PTK-behandeling beiderzijds is daarom bij verzoeker aangewezen.
- 4.2. De klachten manifesteren zich aan het rechteroog. Na een aanval is sprake van een hevige scherpe pijn, hevig tranen en problemen met het verdragen van licht. Het zicht is met het 'aangetaste' oog dan onscherp en troebel; de visus is gedurende enkele uren beperkt. Verzoeker kan hierdoor niet autorijden of fietsen, zelfs lopen kost moeite. Binnenshuis is het noodzakelijk een sterke zonnebril te dragen. Buiten de aanvallen lijkt ook de visus van het rechteroog af te nemen. Het linkeroog voelt wel vervelend aan, maar hier is geen sprake van stekende pijn of een verminderde visus.
- 4.3. Verzoeker gebruikt sinds de diagnose is gesteld de voorgeschreven geneesmiddelen. Aanvankelijk bracht het voortdurend gebruik hiervan verlichting, maar de klachten nemen toe en zijn – ondanks het “inzalven” – ondraaglijk. Verzoeker brengt de zalf al enige tijd viermaal per nacht aan en zelfs dat kan een aanval niet altijd voorkomen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoeker nog geen bandagelenzen heeft gebruikt. Bandagelenzen werken echter niet bij de onderhavige indicatie. Dit wordt ook erkend door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De bandagelenzen kunnen hooguit de symptomen bestrijden, de PTK-behandeling kan daarentegen de oorzaak van de klachten wegnemen. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzing op de Consensus Refractiechirurgie. Volgens deze consensus is sprake van een medische indicatie voor PTK bij superficiële corneadystrofie. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is hierbij niet vermeld dat de behandeling met bandagelenzen moet hebben gefaald.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de Consensus Refractiechirurgie – waarop de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing baseert – hem vóór 23 juli 2012 in het geheel niet bekend was. Deze Consensus is eerst op 6 september 2012 voor het eerst door de ziektekostenverzekeraar geïntroduceerd. *“Introductie van de genoemde documenten heeft nimmer door [naam ziektekostenverzekeraar] aan mij plaatsgevonden. Gelet op het feit dat mij via u relevante bladzijden van de consensus hebben bereikt maar dat zulks niet is geschied met betrekking tot het toetsingskader, betekent dat dit laatste document mij in het geheel niet bekend is. De documenten kunnen dus ook geen deel uitmaken van de algemene voorwaarden en evenmin van de overeenkomst.”*
- 4.6. Het CVZ heeft in zijn advies van 18 oktober 2012 voor de onderbouwing van zijn standpunt verwezen naar informatie op enkele internetsites. Verzoeker heeft de genoemde internetvindplaatsen opgezocht, de resultaten geprint en deze ter zitting aan de commissie doen toekomen. Verzoeker kan het standpunt van het CVZ, gezien voornoemde resultaten, niet volgen. Het ziekenhuis in Maastricht vermeldt diverse behandelingsmogelijkheden; er wordt geen rangorde vermeld, maar er is sprake van een nevenschikking. Ook het ziekenhuis in Rotterdam vermeldt meerdere behandelingsmogelijkheden. Hier wordt wel een rangorde vermeld: niet alleen worden bandagelenzen genoemd, maar ook het gebruik van oogzalf, waarbij wordt vermeld dat één of

meer stappen kunnen worden overgeslagen. De laatst genoemde vindplaats is verplaatst of verwijderd en daardoor niet voor verzoeker raadpleegbaar.

- 4.7. Verzoeker betwijfelt of de verzekeringsvoorwaarden de ziektekostenverzekeraar de vrijheid geven de doelmatigheidstoets zodanig uit te leggen als door de ziektekostenverzekeraar is gedaan. Hij mist dit in de motivering van het CVZ.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nimmer medegedeeld gedurende welke termijn de behandeling met bandagelenzen zou moeten plaatsvinden voordat aan de doelmatigheidseis is voldaan. Ook de behandelend oogarts is een dergelijke termijn niet bekend. Verzoeker benadrukt dat het dragen van bandagelenzen volgens de behandelend oogarts geen oplossing is voor de kwaal. Verzoeker acht het onaanvaardbaar dat het hanteren van de doelmatigheidseis ertoe leidt dat niet de kwaal wordt behandeld, maar slechts de symptomen worden bestreden. Dit is niet alleen in strijd met de redelijkheid en billijkheid, maar ook met de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.9. Bij brief van 10 december 2012 heeft verzoeker gereageerd op het definitieve CVZ-advies. In het voorlopige CVZ-advies is niet vermeld dat bij het overslaan van een stap in geval van 'stepped care' de ziektekostenverzekeraar kan eisen dat de arts deze beslissing onderbouwt. Daarenboven heeft de behandelend arts in zijn e-mailbericht van 10 februari 2012 aan de ziektekostenverzekeraar al duidelijk vermeld dat het dragen van bandagelenzen geen verbetering oplevert in de situatie van verzoeker. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker nimmer verzocht om een nadere onderbouwing van de behandelend arts. Verzoeker benadrukt dat hij reeds oogzalf en oogwater heeft gebruikt, echter zonder het gewenste resultaat. Volgens het CVZ ontbreekt een richtlijn over de onderhavige aandoening. In de Consensus Refractiechirurgie van februari 2006, herzien in juli 2009, wordt echter vermeld dat bij deze aandoening behandeling met een laser medisch geïndiceerd is. De verwijzing naar vindplaatsen op het internet voor relevante standpunten als bewijsvoering in een geschil is ontoelaatbaar. Het zou een ander verhaal zijn als kopieën van de relevante pagina's van de betreffende stukken zouden zijn bijgevoegd. Verzoeker acht de huidige vorm van bewijsvoering onvoldoende en ontoelaatbaar. Verzoeker benadrukt dat hij redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde behandeling.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Een PTK-behandeling bij Map-Dot-Fingerprint dystrofie is gebruikelijke zorg en valt daarmee in principe onder de verzekerde aanspraken. De verzekerde dient echter ook redelijkerwijs naar inhoud en omvang te zijn aangewezen op deze zorg. Bij corneadystrofie kunnen pijnklachten en visusbeperkingen optreden. Bij verzoeker is sprake van recidiverende pijnlijke erosies. De visus blijkt echter niet beperkt te zijn. De lichtgevoeligheid, zoals door verzoeker beschreven, betekent niet dat de visus beperkt is. Een PTK-behandeling bij aandoeningen van het hoornvlies valt binnen de aanspraken van de zorgverzekering als de visus gedurende langere tijd (meerdere weken) minder dan 0.5 bedraagt. Dit is bij verzoeker evenwel niet het geval.

- 5.2. De (recidiverende) pijnklachten kunnen worden behandeld met conservatieve interventies in de vorm van lubricantia en bandagelenzen. Hoewel hiermee niet direct de onderliggende afwijking aan het hoornvlies wordt behandeld, kan het wel een effectieve behandeling zijn van de klachten die worden veroorzaakt door de hoornvliesafwijking. De ziektekostenverzekeraar baseert zich in dit verband op de Consensus Refractiechirurgie. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 januari 2012 tijdens een telefoongesprek medegedeeld dat hij nog geen bandagelenzen heeft geprobeerd. De behandeling bestond tot op heden alleen uit het aanbrengen van zalf en oogdruppels. Aangezien verzoeker geen bandagelenzen heeft gebruikt en zijn visus niet gedurende langere tijd minder dan 0.5 bedraagt, is de PTK-behandeling niet doelmatig.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ten aanzien van de doelmatigheid geldt dat eerst wordt gekeken of het om verzekerde zorg gaat. Vervolgens wordt beoordeeld of verzoeker op de zorg is aangewezen. Het gaat hierbij ook om de symptoombestrijding. Begonnen wordt met de eenvoudigste methode ('stepped care'). Opereren is de laatste optie. In de situatie van verzoeker konden de bestaande klachten mogelijk met bandagelenzen worden verholpen. Die mogelijkheid is evenwel niet onderzocht. Desgevraagd kon de ziektekostenverzekeraar ter zitting niet zeggen hoe lang de lenzen moeten worden gebruikt. Dit is aan de medisch adviseur.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 december 2012 op het definitieve CVZ-advies en de brief van verzoeker van 10 december 2012 gereageerd. Opgemerkt wordt, dat het CVZ het standpunt van de ziektekostenverzekeraar bevestigt. In reactie op de brief van verzoeker voert de ziektekostenverzekeraar aan dat niet alleen wordt beoordeeld of een behandeling effectief is, maar ook of deze doelmatig is. Dus of de verzekerde gelet op de aard en ernst van de medische problematiek redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. De objectiveerbare klachten van verzoeker zijn daarbij bepalend. Op grond van de beschikbare medische gegevens was de conclusie dat de visus van verzoeker niet was verminderd. Ten aanzien van de pijnklachten door erosies was de conclusie dat deze adequaat door middel van conservatieve behandelingen konden/kunnen worden behandeld. Voornoemde brief van verzoeker vermeldt geen nieuwe medische informatie op grond waarvan het standpunt van de ziektekostenverzekeraar zou moeten worden herzien.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.25.2 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 verzoeker aanspraak heeft op de onderhavige PTK-behandeling, 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Deze zorg omvat:

*a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
(...)”*

8.3. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald:

“In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij omschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

8.4. De artikelen A.3.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.6. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. 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.

- 8.8. In artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op ooglaseren opgenomen, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

D.1.4.1. Omschrijving van de zorg

Gezichtsscherptebehandelingen omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die een correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling tot doel hebben om daarmee de afhankelijkheid van gezichtshulpmiddelen te verminderen.

D.1.4.2. Waar hebt u recht op?

*Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode. Hoe hoog het bedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.
(...)”*

- 8.9. In het Vergoedingenoverzicht 2011 is bepaald dat voor gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen samen aanspraak bestaat op maximaal € 50,- per twee jaar

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de PTK-behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, terwijl door de ziektekostenverzekeraar niet is bestreden dat verzoeker een indicatie heeft voor deze behandeling. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de PTK-behandeling bij verzoeker doelmatig is.
- 9.2. De vraag of bepaalde zorg voor een verzekerde doelmatig is, is - gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw - voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie komt in zodanige situatie slechts een marginale toetsing toe.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de PTK-behandeling afgewezen op de grond dat verzoeker nog geen bandagelenzen heeft geprobeerd. Het CVZ heeft in zijn adviezen van 18 oktober en 28 november 2012 geconcludeerd dat het gebruik van bandagelenzen onder de ‘stepped care’ benadering van de behandeling van Map-Dot-Fingerprint dystrofie valt. De ziektekostenverzekeraar kan daarom, alvorens goedkeuring voor de PTK-behandeling te verlenen, de voorwaarde stellen dat eerst bandagelenzen zijn geprobeerd of dat de behandelend arts motiveert waarom deze stap kan worden overgeslagen. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare, en stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot zijn beslissing heeft kunnen komen.
- 9.4. De stelling van verzoeker dat volgens het CVZ een richtlijn over de onderhavige aandoening ontbreekt en in de Consensus Refractiechirurgie wordt vermeld dat bij deze aandoening behandeling met een laser medisch geïndiceerd is, doet aan het voorgaande niet af.
- 9.5. Ten aanzien van de verwijzing door het CVZ naar de vindplaatsen op het internet voor relevante standpunten is de commissie, anders dan verzoeker, van oordeel dat dit in beginsel een toelaatbare manier is om een standpunt te onderbouwen, behoudens door verzoeker te stellen bijzondere omstandigheden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Op grond van artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding van de kosten van ooglaseren indien hiermee een correctie van de visus wordt beoogd, waardoor de afhankelijkheid van gezichtshulpmiddelen wordt verminderd. Hiervan is bij verzoeker geen sprake, althans door hem is niet aannemelijk gemaakt dat bij hem een structureel visusprobleem aan de orde is, zodat hij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak heeft op gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter