

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, psychologische begeleiding, hormoonbehandeling, geslachtsaanpassende operatie, ontharing, haartransplantatie, buitenland
Zaaknummer : ANO08.143
Zittingsdatum : 23 april 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.143 (Geneeskundige zorg, psychologische begeleiding, hormoonbehandeling, geslachtsaanpassende operatie, ontharing, haartransplantatie, buitenland)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het na te noemen besluit van de zorgverzekeraar van 24 mei 2007.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw. Tevens is ten behoeve van verzoekster een aanvullende verzekering afgesloten.
- 3.2. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht om vergoeding van psychologische hulp (gestart op 4 september 2006), hormoontherapie, ontharen, haartransplantatie en een geslachtsaanpassende operatie.
- 3.3. Bij brief van 22 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster gevraagd om een verklaring van de Genderkliniek te Amsterdam. In reactie hierop heeft verzoekster bij brief van 7 februari 2007 een verklaring van haar behandelend psycholoog van 30 januari 2007 overgelegd.
- 3.4. Bij declaratieformulier van 15 februari 2007 heeft verzoekster nota's ingediend met betrekking tot haartransplantatie (behandeling d.d. 12 december 2006), ontharing (behandeling d.d. 2 december 2006) en psychologische behandeling / psychotherapie / scholing / rapportage (gedateerd 22 januari 2007). Tevens is een nota ingediend van "Herbs and Touch".
- 3.5. Vanwege het uitblijven van een beslissing van de zorgverzekeraar heeft verzoekster op 16 april 2007 een klacht ingediend. Bij brief van 24 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat de kosten van psychologische begeleiding, hormoontherapie, SRS-operatie en haartransplantatie niet voor vergoeding ten laste van

de zorgverzekering in aanmerking komen. De zorgverzekeraar is wel bereid de kosten van de ontharing van het gelaat te vergoeden. Bij brief van 29 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar nogmaals bevestigd dat de SRS-operatie niet voor vergoeding in aanmerking komt.

- 3.6. Bij brief van 7 juni 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de kosten van psychologische begeleiding, hormoontherapie, SRS-operatie, ontharing en haartransplantatie (hierna: de aanspraak) alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2007 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Bij brief van 28 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw. Het CVZ heeft bij brief van 25 maart 2008 de commissie geadviseerd het verzoek voor zover dat betrekking heeft op de psychologische behandeling, haartransplantatie en ontharingsbehandeling af te wijzen en voor zover het verzoek betrekking heeft op de behandeling door "Herbs en Touch" en de SRS-operatie in Thailand nader onderzoek te verrichten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 april 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. In vervolg op de zitting heeft verzoekster de commissie de nota van de behandeling in Thailand doen toekomen. Een afschrift van deze nota is aan de zorgverzekeraar gezonden. Bij brief van 8 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld dat de kosten van de Sex Reassignment Surgery zullen worden vergoed voor een bedrag van in totaal € 8.863,10. Vergoeding van de overige in Thailand uitgevoerde behandelingen wordt afgewezen. Een afschrift van laatstgenoemde brief van de zorgverzekeraar is op 13 mei 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Bij brief van 22 mei 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting, alsmede van de nadien ontvangen stukken, toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en die stukken aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 mei 2008 de commissie meegedeeld dat zulks geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij wordt behandeld overeenkomstig de internationale Harry Benjamin Standard of Care (versie 6) voor genderdysforie. Wettelijk gezien is de behandelaar verplicht zich aan deze internationale richtlijnen te houden en is het niet zo dat alleen een instituut als het

VUmc deze zorg mag leveren.

4.2. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster aangegeven dat de kosten van de hormoonbehandeling zijn vergoed.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de genderproblematiek een ingewikkelde multifactoriële problematiek is waarbij een multidisciplinaire behandeling behoort binnen een genderteam, zoals in het VUmc te Amsterdam of het UMCG te Groningen. Gezien het feit dat in Nederland de behandeling van de genderproblematiek door een multidisciplinair team plaatsvindt, wordt in dit geval niet voldaan aan het bepaalde in artikel 2 lid 6 van “Deel A: Algemene bepalingen” van de zorgverzekering en komen de losse gefragmenteerde kosten van de psychologische begeleiding, de hormoontherapie en de operatie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Ook bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten voor het ontharen en een haartransplantatie ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de hormoonbehandeling is vergoed via het DBC-traject en door betaling van de apotheeknota's. De nota's Herbs en Touch zien op een alternatieve therapie. Verder heeft de zorgverzekeraar tijdens de zitting aangegeven bereid te zijn te kijken of voor een pruik en de psychologische zorg, dekking vanuit de aanvullende verzekering mogelijk is.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster op basis van de zorgverzekering terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een restitutiepolis. In artikel 1 van Deel B: Omvang dekking” van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, geregeld:

lid 1

De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 20.

lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief;

2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende

marktconforme bedrag;

3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.

Medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 5 van “Deel B: Omvang dekking” van de zorgverzekering. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang als volgt:

“Lid 1

(...) De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...) De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling (...)

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door als ziekenhuis toegelaten instelling (...)

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. (...)

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders.(...)

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

(...)

2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

5. uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

(...)

4. het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie; (...)”

Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 20 van “Deel B: Omvang dekking” van de zorgverzekering. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang als volgt:

“lid 1

De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 1 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.(...)”

Verder is in artikel 2 van “Deel A: Algemene bepalingen” van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“(...)

lid 6

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 7

De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 1, 5 en 20 van “Deel B: Omvang dekking” en artikel 2 van “Deel A: Algemene bepalingen” van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd 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 (in het buitenland) is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.1, 2.2 en 2.4 van het Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Rzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of verzoekster – ten tijde van de aanvraag – ten laste van de zorgverzekering aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten voor van psychologische begeleiding, hormoontherapie, SRS-operatie, ontharing en haartransplantatie. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.6. De behandelend psychologe heeft verklaard dat verzoekster wordt behandeld overeenkomstig de (internationale) “Standards of Care” van Harry Benjamin. Verder is de commissie uit eigen onderzoek gebleken dat ook het behandelingsprotocol van het VUmc te Amsterdam in belangrijke mate is gebaseerd op deze “Standards of Care”, waarmee wordt gedoeld op de “Standards of care for identity disorders, zesde editie, van The World Professional Association for Transgender Health” (voorheen: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's).
- 7.7. Hoewel de “Standards of Care” uitgaan van een ideale situatie waarbij sprake is van een team bestaande uit psychiaters/psychologen en niet-psychiatrische geneesheren, laten zij echter ook ruimte over voor doorverwijzingen door zelfstandig werkende psychiaters/psychologen. Verder is in de zorgverzekering niet opgenomen dat verzoekster zich in het kader van de behandeling van transseksualiteit dient te wenden tot een multidisciplinair team, dan wel het VUmc te Amsterdam of het UMCG te Groningen. Het voorgaande brengt de commissie tot het oordeel dat de zorgverzekeraar niet enkel met een beroep op artikel 2 lid 6 van “Deel A: Algemene bepalingen” van de zorgverzekering de aanspraak kan afwijzen. Ten aanzien van de in overweging 7.5 geformuleerde vraag overweegt de commissie verder het volgende.

Psychologische begeleiding

- 7.8. De zorgverzekering, zoals deze luidt ten tijde van de aanvraag, kent geen zelfstandige aanspraak op psychologische hulp/psychotherapie. Een uitzondering hierop vormt naar het oordeel van de commissie de situatie waarbij de ondersteuning op psychisch gebied bij genderidentiteitsproblematiek een integraal onderdeel vormt van het multidisciplinaire behandeltraject in een genderteam. Dat van dit laatste in de situatie van verzoekster sprake is, is niet gebleken. Zo schrijft de behandelend psycholoog in haar brief van 18 december 2006 onder meer:

“You can chose your any physician who can cope with the standards mentioned above. We like to hear which physician you have chosen and like to get report every three months about concerning your progress, if there are complications etcetera.”

- 7.9. Ten overvloede tekent de commissie hierbij aan dat de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting heeft aangegeven bereid te zijn te bezien of vergoeding van de psychologische begeleiding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering tot de mogelijkheden behoort. Dit staat echter geheel los van de onderhavige procedure.

Hormoonbehandeling

- 7.10. Tijdens de hoorzitting is uit verklaringen van verzoekster en de zorgverzekeraar gebleken dat de kosten van de hormoonbehandeling door de zorgverzekeraar volledig zijn vergoed. Mitsdien verschillen partijen niet langer over de vergoeding van de kosten van deze behandeling en kan dit onderdeel van het verzoek om bindend advies thans verder buiten bespreking blijven.

Nota “Herbs en Touch”

- 7.11. De overgelegde nota van Herbs en Touch vermeldt uitsluitend “behandeling”. Uit de nota blijkt niet welke behandeling is uitgevoerd. Tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat deze nota ziet op een alternatieve therapie. Door verzoekster is dit niet, althans onvoldoende weersproken. De zorgverzekering biedt voor alternatieve geneeswijzen geen dekking.

Ontharing

- 7.12. Laserbehandeling en epilichtbehandeling bij overbeharing voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en vallen onder de noemer geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten (i.c. dermatologen) die plegen te bieden (zie ook CVZ, 17 augustus 2001, RZA 2001, 91). In verband met het cosmetische karakter van de behandeling moet deze worden aangemerkt als een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Getoetst zal dan ook moeten worden of sprake is van een verminking, zoals bedoeld in artikel 5 lid 2 sub c onderdeel 2 van “Deel B: Omvang dekking” van de zorgverzekering.
- 7.13. De hormonale behandeling bij m/v-verandering leidt doorgaans ertoe dat beharing op de romp en de ledematen voldoende afneemt. Bovendien zijn de romp en de ledematen over het algemeen in het dagelijks verkeer goed te camoufleren met bijvoorbeeld kleding. Verder dient bij een verminking sprake te zijn van een ernstige misvorming. Gesteld, noch gebleken is dat in de situatie van verzoekster gesproken kan worden van een verminking.
- 7.14. Voor baard- en snorbeharing geldt in beginsel ook dat niet gesproken kan worden van een verminking. In extreme gevallen, waarin bijvoorbeeld sprake is van een uit-

gesproken donkere baard- en snorgroei volgens een typisch mannelijk patroon, waarbij binnen een halve dag na het scheren een duidelijke donkere waas opkomt, die opnieuw geschoren moet worden en die ook niet anderszins onder controle gehouden kan worden, kan gesproken worden van een verminking. Gesteld, noch gebleken is dat hiervan in de situatie van verzoekster sprake is.

Haartransplantatie

- 7.15. Haartransplantatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en valt onder de noemer geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (zie ook ZFR, 26 januari 1999, RZA 1999, 34). In verband met het cosmetische karakter van de behandeling moet deze worden aangemerkt als een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Getoetst zal dan ook moeten worden of sprake is van een verminking, zoals bedoeld in artikel 5 lid 2 sub c onderdeel 2 van “Deel B: Omvang dekking” van de zorgverzekering.
- 7.16. Nog afgezien van de vraag of bij (gedeeltelijke) kaalheid bij m/v-verandering sprake is van een verminking geldt dat vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, zoals bedoeld in artikel 2 lid 7 van “Deel A: Algemene bepalingen” van de zorgverzekering, een haartransplantatie in het algemeen niet is aangewezen. Gedeeltelijke kaalheid kan door middel van een pruik of haarstukje worden gecorrigeerd. Gesteld, noch gebleken is dat verzoekster in een situatie verkeert die tot een andersluidend oordeel zou moeten leiden.
- 7.17. Ten overvloede tekent de commissie hierbij aan dat de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting heeft aangegeven bereid te zijn te kijken of vergoeding van een pruik ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering tot de mogelijkheden behoort. Dit staat echter geheel los van de onderhavige procedure.

Geslachtsaanpassende operatie

- 7.18. In vervolg op de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar besloten de kosten van de Sex Reassignment Surgery in Thailand te vergoeden voor een bedrag van in totaal € 8.863,10. Dit bedrag is lager dan de kosten die zijn gemoeid met de SRS-operatie. De vraag is of de zorgverzekeraar gehouden is ook de overige kosten van de SRS-operatie te vergoeden. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.
- 7.19. Ingevolge artikel 20 lid 1 in combinatie met artikel 1 lid 2 van “Deel B: Omvang dekking” van de zorgverzekering bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief. Dit betreft het DBC-tarief (Diagnose-BehandelCombinatie).
- 7.20. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 04.11.00.0253.0023 ziet op reguliere zorg / reconstructie geslachtsorgaan m.b.v. microvasculair vrije lap transplantatie/ operatief met klinische episode. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment waarvoor het tarief een gegeven is, te weten € 8.863,10 ten tijde van de behandeling volgens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit. De commissie is van oordeel dat door de zorgverzekeraar de onder de gegeven omstandigheden meest passende DBC-code en het juiste, daarbij behorende tarief zijn toegepast.

- 7.21. Het in overweging 7.20 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest.
- Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds.
- Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen.
- 7.22. Gezien het voorgaande ziet de commissie geen reden te komen tot het oordeel dat de zorgverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden gehouden is tot een hogere vergoeding, dan de reeds toegekende vergoeding van € 8.863,10.

Nota behandeling in Thailand d.d. 4 oktober 2007

- 7.23. Na de hoorzitting heeft verzoekster de nota van de behandeling in Thailand d.d. 4 oktober 2007 overgelegd. Naast de hiervoor besproken Sex Reassignment Surgery worden op deze nota ook de volgende behandelingen genoemd:
- Breast Augmentation,
 - Upper, lower blepharoplasty
 - Aquamid injection Nasolabial Folds x3
 - Chin reduction
 - Upper lip lift
 - Aquamid injection Lower lip x 1
 - Aquamid injection upper lip x1

Deze behandelingen zijn eerst na de hoorzitting in de procedure ingebracht en hebben dus in de procedure geen rol gespeeld. Bovendien kan de commissie zich pas over een kwestie uitspreken, indien de zorgverzekeraar in de gelegenheid is geweest zijn eerdere beslissing te heroverwegen. Ten aanzien van de hiervoor genoemde behandelingen is dat nog niet het geval geweest. Vanuit een oogpunt van goede procesorde, alsmede in verband met een gebrek aan bevoegdheid, dient de commissie de hiervoor genoemde behandelingen verder buiten behandeling te laten.

Slotsom

- 7.24. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Aangezien de zorgverzekeraar eerst tijdens de procedure bij de commissie besloten heeft over te gaan tot het (deels) vergoeden van de kosten, komt het de commissie redelijk voor dat de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld ad € 37,00 vergoed.
8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 11 juni 2008,

Voorzitter