



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland
Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), zelfstandig beheer, hoogte budget

Zaaknummer : 201502276

Zittingsdatum : 7 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 5 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 klachtenformulier van 19 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar over de periode van 7 mei 2015 tot en met 3 november 2015 een PGB vv te verstrekken (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 juli 2016 medegedeeld alsnog een PGB vv toe te kennen aan verzoekster, voor zover het de periode van 7 mei 2015 tot 5 juni 2015 betreft. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt. Een afschrift van de betreffende brief is op 19 juli 2016 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Op 12 augustus 2016 en 23 september 2016 zijn aan verzoekster herinneringsbrieven gestuurd. Omdat een reactie van verzoekster uitbleef, heeft de commissie besloten de procedure naar de stand van dat moment voort te zetten. Verzoekster is hierover bij brief van 14 oktober 2016 geïnformeerd.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft op 21 november 2014 van de ziektekostenverzekeraar een toekenningsbeschikking ontvangen voor het PGB vv over de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015. Het budget was gebaseerd op de indicatie zoals afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in het jaar 2014, namelijk klasse 3 (4,0 - 6,9 uur) en bedroeg € 7.747,91. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar een korting toegepast van 12 percent, zodat werd uitgekomen op een budget van € 6.818,16.
- 4.2. Op 7 mei 2015 is door verzoekster een aanvraagformulier PGB ingevuld en toegestuurd. Bij het aanvraagformulier was een zorgplan gevoegd dat was opgesteld door de indicierend wijkverpleegkundige. De gestelde indicatie betrof zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar wees de aanvraag voor het PGB vv vervolgens af, zodat verzoekster vanaf 7 mei 2015 geen uitkeringen in het kader van het PGB vv meer heeft ontvangen. De reden van afwijzing is dat verzoekster niet in staat zou zijn het PGB vv te beheren. Verzoekster beheert echter al jaren een PGB vv, en laat zich hierin bijstaan door een zorgbureau, dat haar helpt bij het zo goed en goedkoop mogelijk invullen van haar behoeften.
- 4.3. Verzoekster is begin november 2015 opgenomen in een verpleeghuis, en kwam vanaf 19 januari 2016 weer thuis. Vanaf dat moment ontvangt zij zorg in natura, omdat dit voor haar beter is. Het geschil betreft daarom de periode van 7 mei 2015 tot en met 3 november 2015. Het beschikbare budget van € 6.818,18 - dat betrekking heeft op het gehele jaar 2015 - betrof omgerekend voor de periode van 7 mei 2015 tot en met 3 november 2015 € 5.736,34. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar reeds € 1.975,18 vergoed, zodat een bedrag van € 3.367,52 resteert. Verzoekster vordert dit bedrag van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een brief kreeg van de ziektekostenverzekeraar en het formulier heeft ingevuld. Zij doet alles volgens de regels en pleegt geen fraude. Toch krijgt zij nul op het rekest. Zij heeft nu een probleem met haar heup, waaraan zij in januari 2017 wordt geopereerd.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft op 7 mei 2015 een aanvraag ingediend voor het PGB vv. Bij de beoordeling is gebleken dat zij niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Uit de aanvraag en het gesprek dat met verzoekster is gevoerd, komt naar voren dat zij niet in staat is aan alle verplichtingen van het PGB vv te voldoen. Verzoekster heeft toegelicht niet op de hoogte te zijn van het PGB vv en hierover ook niet geïnformeerd te willen worden. Verder heeft zij medegedeeld dat zij weliswaar de kopie facturen krijgt van haar zorgverlener, die ook de administratie uitvoert, maar deze niet controleert op juistheid. Het recht op een PGB vv is daarom komen te vervallen, en verzoekster is hiervan bij brief van 5 juni 2015 op de hoogte gesteld.
- 5.2. Verzoekster had hulp nodig en bleef hiervoor zorg inkopen. Zij heeft kosten gemaakt tot en met 3 november 2015, en vraagt de ziektekostenverzekeraar thans haar deze kosten te vergoeden. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster haar zorgverleners wilde behouden, had zij destijds ook voor zorg in natura kunnen kiezen. De aanspraak op het PGB vv is per 7 mei 2015 vervallen. Omdat verzoekster hierover eerst op 5 juni 2015 is geïnformeerd, is de ziektekostenverzekeraar bereid haar tot deze datum de facturen te vergoeden. Zij kan deze bij de ziektekostenverzekeraar indienen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster telefonisch contact heeft opgenomen over de uitbreiding van het aantal uren. Daarop is haar een formulier toegezonden, dat zij heeft ingevuld en teruggestuurd.
De regels met betrekking tot het PGB vv zijn verscherpt. Verzoekster viel onder de overgangsregeling, waardoor haar PGB vv liep tot uiterlijk 31 december 2015 of zoveel eerder als een herindicatie werd gevraagd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 van 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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar het PGB vv over de periode van 7 mei 2015 tot 5 juni 2015 alsnog aan verzoekster heeft toegekend, is nog in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar tevens het PGB vv toe te kennen voor de periode van 5 juni 2015 tot en met 3 november 2015, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 3.21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op geneeskundige zorg op grond van deze basisverzekering, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een verpleegkundige of een verzorgende in dienst van een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Een verzorgende mag uitsluitend persoonlijke en oproepbare verzorging verlenen. Een indicatie dient te worden gesteld door een verpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Met verpleegkundige wordt bedoeld een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Met verzorgende wordt bedoeld een Verzorgende-IG/niveau 3 verzorgende die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG. Met verpleegkundige niveau 5 wordt bedoeld een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en in het bezit is van een HBO-diploma Verpleegkunde. Met verpleegkundig specialist wordt bedoeld een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG. (...)

Persoonsgebonden budget

In plaats van recht op zorg kunt u desgevraagd ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. In dat geval koopt u zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg (restitutie). Hieraan zijn echter wel bepaalde voorwaarden verbonden. Deze vindt u in het Reglement PGB Verpleging en Verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kunt u raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 2 Voorwaarden voor toegang tot het PGB

2.1 U heeft een geldige indicatie voor verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 3.21 van de basisverzekering, gesteld door een verpleegkundige.

2.2 U behoort tot een van de volgende doelgroepen:

a. U bent langdurig (langer dan een jaar) op verpleging en verzorging aangewezen en uw functiebeperkingen zijn niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen;

(...)

2.3 Uw zorgvraag voldoet aan een of meer van de volgende voorwaarden:

a. U heeft vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

b. U heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;

c. U heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;

d. Er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

2.4 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een wettelijke vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap.

2.5 U bent in staat op eigen kracht of met hulp van een wettelijke vertegenwoordiger de aan het PGB verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming van de afgesloten contracten.

2.6 U bent in staat de door u gecontracteerde zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 13 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Artikel 13 Overgangsregeling

13.1 Als u vóór 1 januari 2015 al een persoonsgebonden budget had voor de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging uit de AWBZ en uw AWBZ-indicatie doorloopt tot in 2015, dan is deze overgangsregeling op u van toepassing.

13.2 Uw recht op Persoonlijke Verzorging en Verpleging vanuit de AWBZ wordt per 1 januari 2015 omgezet naar een aanspraak op vergoeding van verpleging en verzorging ten laste van de Zorgverzekeringswet.

13.3 U houdt recht op vergoeding van zorg in de vorm van een PGB zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ-indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015. Daarna heeft u alleen recht op een PGB voor verpleging en verzorging als u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2.

13.4 In afwijking van artikel 10.2 stellen wij de hoogte van uw PGB per 1 januari 2015 naar rato vast op basis van het op 31 december 2014 voor u geldende PGB voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging in de AWBZ. Hierbij geldt voor persoonlijke verzorging een korting van 12% op uw budget. Voor verpleging passen wij geen korting toe.

13.5 In afwijking van artikel 11.5 geldt zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ-indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot 1 mei 2015, voor natuurlijke personen een vergoeding van maximaal € 63,- per uur. Dit is alleen van toepassing als uw persoonsgebonden budget voor de functies Persoonlijke Verzorging en/of Verpleging uit de AWBZ vóór 1 januari 2014 is ingegaan en u op 31 december 2014 een overeenkomst met de betreffende natuurlijke persoon had.

13.6 De overgangsbepaling van artikel 13.3 geldt niet als u het PGB volledig besteedt aan (een) door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) en daarnaast op basis van de nieuwe criteria zoals genoemd in artikel 2 geen aanspraak meer kunt maken op een PGB. Zodra wij constateren dat deze situatie van toepassing is, beëindigen wij uw PGB en ontvangt u de zorg in natura.

13.7 Gedurende de overgangsperiode genoemd in artikel 13.3 is het toegestaan voor verpleging en verzorging tegelijkertijd gebruik te maken van zorg in natura en een PGB, als u vóór 1 januari 2015 op grond van de AWBZ Persoonlijke Verzorging en/of Verpleging ook al gedeeltelijk als zorg in natura ontving en gedeeltelijk zelf met een PGB inkocht."

- 8.6. Artikel 3.21 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 13 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel 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.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.8. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar omstreeks 7 mei 2015 telefonisch verzocht om een uitbreiding van het aantal uren. Zij ontving hierop een formulier, dat zij heeft ingevuld en geretourneerd. Vervolgens kreeg verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een afwijzing, die erin resulteerde dat zij met ingang van 7 mei 2015 geen PGB vv meer ontving. Sindsdien is deze einddatum gewijzigd in 5 juni 2015, omdat verzoekster eerst op die datum over de wijziging is geïnformeerd. Beoordeeld dient te worden of verzoekster ook na 5 juni 2015 aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat verzoekster niet in staat is het PGB vv te beheren. Verzoekster beheert echter al jarenlang een PGB vv. Zij beheerst de Nederlandse taal, en gesteld noch gebleken is dat haar geestelijke vermogens zijn aangetast. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet tegengeworpen dat niet is voldaan aan de overige, in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde criteria voor verstrekking van het PGB vv, zodat moet worden aangenomen dat verzoekster hieraan voldoet. Hieruit volgt dat zij met ingang van 5 juni 2015 aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Rest de vraag naar de hoogte van het toegekende budget.
- 9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is ten opzichte van het budget dat verzoekster in 2014 ten laste van de AWBZ ontving, een korting toegepast van 12 percent. Anders dan in eerdere kwesties met betrekking tot dit onderwerp (vgl. o.a. GcZ 19 oktober 2015, 201403122) is deze korting vastgelegd in artikel 13 van het toepasselijke 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Het budget - gerekend over een jaar - van € 6.818,16 na aftrek van bedoelde korting is daarom juist. Volgens opgave van verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar reeds een bedrag van € 1.975,18 aan haar vergoed. Vast staat dat na 3 november 2015 geen kosten meer zijn gemaakt. Door verzoekster is gesteld en door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden dat na aftrek van voornoemd bedrag van € 1.975,18 ter zake van het PGB vv over de periode van 7 mei tot 3 november 2015 nog een te betalen bedrag resteert van € 3.367,52, welk bedrag wordt toegewezen. Daarbij is van belang dat de in de periode van 7 mei 2015 tot en met 3 november 2015 gemaakte kosten door verzoekster dienen te worden onderbouwd met facturen. Deze facturen kan zij ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar indienen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen ten laste van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking.



Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 18 januari 2017,



A.I.M. van Mierlo

