



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen risico, incassokosten
Zaaknummer : 201501729
Zittingsdatum : 14 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis drie sterren 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis één ster is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 februari 2014 van verzoeker een bedrag gevorderd van € 234,46 ter zake van het verplicht eigen risico 2013.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 november 2014 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 9 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 234,46 van hem vordert (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 30 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld 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. Verzoeker is op 14 december 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker is van 10 september 2012 tot en met 22 november 2013 onder behandeling geweest bij de zorgaanbieder (een GGZ-instelling). De vorige zorgverzekeraar van verzoeker heeft voor deze behandeling het eigen risico in rekening gebracht van € 200,-- voor de periode van 10 september 2012 tot en met 9 september 2013. Op 9 september 2013 was de behandeling eigenlijk al geëindigd, op het eindgesprek na. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de periode van 10 september 2013 tot en met 22 november 2013 een bedrag van € 234,46 bij verzoeker in rekening gebracht als eigen risico. En dit alleen voor de telefonische afronding van de behandeling. Verzoeker was op dat moment al met de bewegingstherapie gestopt.
-  4.2. Verzoeker vindt het gevorderde bedrag aan eigen risico buitenproportioneel. Bovendien is het bedrag niet onderbouwd. Daarnaast mag voor één behandeling slechts éénmaal het eigen risico worden berekend.
-  4.3. Voor zover nogmaals een bedrag ter zake van het eigen risico mag worden berekend voor de onderhavige behandeling, zou dit ongeveer 1/12 van € 200,-- moeten zijn. Gelet op de behandeling en de intensiteit hiervan gedurende de twee periodes waarover het eigen risico in rekening is gebracht, is verzoeker van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar maximaal € 20,-- als eigen risico mag berekenen. Dit bedrag is reeds als onterechte incassokosten bij verzoeker in rekening gebracht.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat volgens de ziektekostenverzekeraar zijn behandeling in 2012 is aangevangen, in 2013 was beëindigd en vervolgens weer is gestart in dat jaar. Het is echter sprake van één behandeling. Het is daarom niet redelijk dat hiervoor twee keer het eigen risico in rekening wordt gebracht. Verzoeker heeft destijds een rekening heeft ontvangen van zijn oude verzekeraar, terwijl hij al was verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dit was, zo bleek uit navraag, alleen een probleem als de ziektekostenverzekeraar ook een rekening zou sturen. En dit later ook bleek het geval. Daarnaar gevraagd, antwoordt verzoeker dat het bedrag van € 246,-- is betaald, zelfs met extra incassokosten. Verzoeker vindt het niet terecht dat de incassokosten in rekening zijn gebracht, omdat hij op dat moment nog aan het uitzoeken was hoe alles zat. Hem is destijds telefonisch door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de incasso 'onhold' zou worden gezet. Na een paar maanden werden de kosten ineens weer van hem gevorderd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker was onder behandeling bij de zorgaanbieder. Voor de periode van 10 september 2013 tot en met 22 november 2013 heeft de zorgaanbieder de behandeling met code 25A006, met de omschrijving “*behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten*” ten bedrage van € 508,--, bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De startdatum van deze behandeling (10 september 2013) is aansluitend op einddatum van de vorige declaratiecode. De kosten van de vorige DBC zijn door de vorige zorgverzekeraar van verzoeker vergoed.

 5.2. De behandeling van verzoeker was op 10 september 2013 nog niet afgerond. Uit het medisch dossier van verzoeker blijkt dat ná 10 september 2014 verschillende handelingen (directe en indirecte tijd) hebben plaatsgehad. Dit betreft farmacotherapie (recept verstrekken), psychomotorische therapie en verslaglegging. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat uit de stukken blijkt dat de gedeclareerde zorg heeft plaatsgevonden. Daarom is het verplicht eigen risico 2013 van € 234,46 terecht bij verzoeker in rekening gebracht.

 5.3. Bij brieven van 24 februari 2014, 26 maart 2014, 5 juni 2014 en 17 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar het verplicht eigen risico 2013 van € 234,46 bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker heeft de vordering niet tijdig voldaan. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar terecht de incassokosten van € 10,-- en € 15,-- bij verzoeker berekend.

 5.4. Het door de vorige zorgverzekeraar van verzoeker bij hem in rekening gebrachte bedrag van € 200,-- betrof niet het eigen risico 2012, maar de in 2012 verschuldigde wettelijke eigen bijdrage voor GGZ-zorg. Deze eigen bijdrage staat los van het verschuldigde eigen risico.

 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling is gestart in september 2012. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2013 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Een DBC-traject duurt een jaar, en daarna wordt een vervolg-DBC geopend. De kosten van de vervolg-DBC zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens is een bedrag ten laste gebracht van het eigen risico van 2013. De ziektekostenverzekeraar zegt dat het niet gebruikelijk is de incasso van een vordering aan te houden, omdat hij rekening moet houden met de overdracht van de vordering aan het incassobureau. In de telefoonnotitie van 3 april 2014 staat een blokkering van 92 dagen vermeld. Dat zou betekenen dat na deze termijn de blokkade is opgeheven. Deze kan er niet iedere keer weer worden opgezet. Uit de stukken blijkt echter niet dat over het beëindigen van de blokkade is gecommuniceerd met verzoeker, daarom zal de ziektekostenverzekeraar de incassokosten in mindering brengen op de vordering.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op 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 de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 234,46 ter zake van het verplicht eigen risico 2013 van verzoeker vordert.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.
(...)"*

8.4. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

7.3 Op de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg, die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 350,- ingehouden.

Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

– de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;

– de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;

– de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

– de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;

b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

(...)

7.10 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.

7.11 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen."

- 8.5. De artikelen 7 van de algemene voorwaarden en 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt allereerst vast dat verzoeker voor het jaar 2013 een verplicht eigen risico had van € 350,--, dat dit eigen risico slechts voor een deel met andere kosten was 'volgemaakt' en dat de kosten van GGZ-zorg niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Voorts stelt de commissie vast dat in 2012 voor GGZ-zorg een eigen bijdrage gold van € 200,-- en dat deze naast het eigen risico mocht worden berekend.
- 9.2. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen van € 234,46 ter zake van het verplicht eigen risico 2013 voor de aan hem verleende specialistische geestelijke gezondheidszorg. Verzoeker stelt primair dat voor een behandeling slechts éénmaal het eigen risico mag worden berekend, en dat zijn vorige zorgverzekeraar voor deze behandeling reeds het eigen risico bij hem in rekening heeft gebracht. Hij bestrijdt derhalve dat de ziektekostenverzekeraar voornoemd bedrag aan eigen risico bij hem in rekening mag brengen. Voor zover het eigen risico wèl (nogmaals) mag worden berekend over deze behandeling stelt verzoeker subsidiair dat het gevorderde bedrag te hoog is en dat dit, naar rato berekend, maximaal € 20,-- zou mogen bedragen. Eenzelfde bedrag werd door hem al betaald in de vorm van - onterechte - incassokosten.
Voor zover het de primaire stelling van verzoeker betreft, overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. De kosten van een behandeling in het kader van specialistische geestelijke gezondheidszorg worden gedeclareerd op basis van een zogenoemde DBC. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds direct aansluitend aan de vorige een nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Uit het dossier blijkt dat de initiële DBC is geopend op 10 september 2012 en

dat deze is gesloten op 9 september 2013. Aangezien de behandeling op dat moment nog niet was afgesloten, zoals ook door verzoeker is bevestigd, is op 10 september 2013 een vervolg-DBC geopend. De ziektekostenverzekeraar heeft over deze vervolg-DBC het nog openstaande eigen risico 2013 berekend. Dat de vorige zorgverzekeraar van verzoeker over de initiële DBC (met openingsdatum 10 september 2012) het eigen risico 2012 dan wel de in 2012 verschuldigde eigen bijdrage voor GGZ-zorg van € 200,-- heeft berekend, is hierbij niet van belang. Evenmin is van belang dat het hier een doorlopende behandeling betreft. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het eigen risico 2013 niet 'dubbel' bij verzoeker in rekening is gebracht.

- 9.4. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar een DBC met een looptijd van 10 september 2013 tot en met 22 november 2013 heeft gedeclareerd voor aan verzoeker verleende zorg. Dit betreft de DBC met productcode 25A006 en de omschrijving "*Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten*". De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten vergoed aan de zorgaanbieder.
- De ziektekostenverzekeraar heeft nadere informatie opgevraagd bij de zorgaanbieder ter zake van de gedeclareerde DBC. Uit de ontvangen informatie blijkt dat in voornoemde periode tweemaal een recept is uitgeschreven ten behoeve van verzoeker, een laatste medicatiecontact heeft plaatsgevonden, en een verslaglegging bij het afronden van de behandeling is gemaakt. Verder is vijfmaal een (groeps)behandeling "*vaktherapie psychomotorisch*" ingepland, waarbij verzoeker echter niet iedere keer aanwezig is geweest. Daarnaast is door de zorgaanbieder onderbouwd hoe de berekende tijd (totaal 219 minuten) is opgebouwd. Volgens verzoeker was de behandeling op 9 september 2013, op het eindgesprek na, geëindigd. Uit het overzicht van de zorgaanbieder blijkt evenwel dat na 9 september 2013 nog meerdere contacten hebben plaatsgevonden dan wel afspraken zijn ingepland. Dat verzoeker om hem moverende redenen niet bij alle geplande (groeps)behandelingen "*vaktherapie psychomotorisch*" aanwezig is geweest, maakt dit niet anders, aangezien hiervoor wel tijd was gereserveerd ten behoeve van verzoeker.
- De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij voor de onderhavige DBC met de zorgaanbieder een bedrag van € 508,-- is overeengekomen. Genoemd bedrag is door de zorgaanbieder gedeclareerd en de ziektekostenverzekeraar heeft dit terecht vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering wordt zorg, die wordt gedeclareerd door middel van een DBC, toegerekend aan het jaar waarin de behandeling is gestart. De openingsdatum van de onderhavige DBC is 10 september 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft het gedeclareerde bedrag verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2013. Verzoeker heeft niet bestreden dat op dat moment nog € 234,46 openstond ter zake van het verplicht eigen risico 2013. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Verzoeker is daarom gehouden het bedrag van € 234,46 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 9.6. Verzoeker heeft subsidiair gesteld dat de ziektekostenverzekeraar maximaal € 20,-- ten laste van het verplicht eigen risico 2013 mag vorderen. De commissie volgt verzoeker op dit punt niet in zijn argumentatie en/of berekening. Zoals hiervoor is uiteengezet, kunnen eigen bijdrage en eigen risico naast elkaar voorkomen, zoals in 2012 het geval was met de eigen bijdrage voor GGZ-zorg. Het eventueel door de vorige zorgverzekeraar van verzoeker met betrekking tot de onderhavige zorg berekende eigen risico zag op een andere DBC, te weten die met openingsdatum 10 september 2012.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Incassokosten

- 9.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat de incassokosten van € 10,-- en € 15,-- komen te vervallen.



Conclusie

- 
- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de incassokosten betreft. Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen.
- 
- 9.10. Aangezien de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft toegezegd dat de incassokosten komen te vervallen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals is bepaald in 9.9.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 11 januari 2017,



P.J.J. Vonk

