



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, categorie zes, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieder, schriftelijke toezegging
Zaaknummer : 201800279
Zittingsdatum : 28 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onderdeel c en 2.10 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand 75% € 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen van het type Beltone LND1763-DRW. Bij brief van 23 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij de ingediende aanvraag goedkeurt en wel tot een bedrag van € 500,58.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd of de toezegde vergoeding van € 500,58 voor één of twee hoortoestellen geldt. Nadat de ziektekostenverzekeraar haar bij e-mailbericht van 28 december 2017 had medegedeeld dat de vergoeding voor één hoortoestel geldt, is hij hier bij brief van 31 januari 2018 op teruggekomen en heeft hij haar bericht dat het bedrag op twee hoortoestellen ziet.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten dat verzoekster geen aanspraak heeft op een vergoeding van 65% van het gecontracteerde tarief, maar van 75%. Dit betekent dat de vergoeding voor beide toestellen samen - na aftrek van het resterende eigen risico - € 443,12 bedraagt.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 30 augustus 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een vergoeding toe te kennen van twee keer € 500,58, onder verrekening van het resterende eigen risico, ter zake van de door haar aangeschafte hoortoestellen van het type Beltone LND1763-DRW, ten laste van de zorgverzekering (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 24 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2018 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 november 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2018 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, 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 Zvw, 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.

3.9. Verzoekster is op 28 november 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft op 11 augustus 2018 telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact heeft verzoekster uitgelegd dat haar oude hoortoestellen aan vervanging toe waren en dat zij van plan was om bij een niet-gecontracteerde audicien nieuwe hoortoestellen aan te schaffen. Daarbij heeft zij gevraagd naar de vergoeding. In antwoord hierop kreeg verzoekster te horen dat de vergoeding in die situatie 65% bedraagt. Na deze mededeling heeft verzoekster bij een niet-gecontracteerde audicien twee hoortoestellen van het type Beltone LND1763-DRW aangeschaft. De nota ten bedrage van totaal € 2.598,- heeft verzoekster ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.

4.2. Enige weken nadat verzoekster de declaratie had ingediend, zag zij op haar persoonlijke pagina dat de ziektekostenverzekeraar de declaratie had afgewezen omdat geen machtiging was aangevraagd. Nadat verzoekster de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde documenten aan deze had gezonden, kreeg zij op 23 december 2017 een machtiging met de mededeling dat een vergoeding zou worden verleend van € 500,58. Omdat het voor verzoekster niet duidelijk was of deze vergoeding voor één of twee hoortoestellen was bedoeld, heeft zij op 24 december 2017 opnieuw telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. In vervolg op dit telefonisch contact ontving verzoekster op 28 december 2017 van de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht dat de vergoeding twee keer € 500,58 zou bedragen.

4.3. Omdat verzoekster niet veel later op haar persoonlijke pagina van de website van de ziektekostenverzekeraar las dat de vergoeding voor twee hoortoestellen toch niet twee maar één keer € 500,58 zou bedragen heeft zij op 16 januari 2018 wederom telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact is verzoekster verteld dat de vergoeding voor twee hoortoestellen maximaal € 500,58 bedraagt. Bij e-mailbericht van 17 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een en ander bevestigd en toegelicht dat de maximale vergoeding van € 500,58 nog met het verplicht eigen risico wordt verrekend. Verzoekster kan zich in deze uitleg van de ziektekostenverzekeraar niet vinden en meent dat hij gehouden is voor de aangeschafte hoortoestellen een vergoeding te verlenen van totaal € 1.001,16, onder verrekening van het eigen risico. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar deze vergoeding, ondanks zijn schriftelijke toezegging, geweigerd. Dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft toegezegd niet 65% maar 75% van het gecontracteerde tarief te vergoeden is slechts een doekje voor het bloeden.

 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.

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. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2017 van de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van hoortoestellen. Indien de betreffende hoortoestellen worden aangeschaft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de maximale vergoeding 65% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Verzoekster heeft eind 2017 bij een niet-gecontracteerde audicien twee hoortoestellen van het type Beltone LND1763-DRW aangeschaft en de nota ten bedrage van totaal € 2.598,- bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Verzoekster is geïndiceerd voor hoortoestellen categorie 4. Het gemiddeld gecontracteerde tarief voor dergelijke hoortoestellen is € 513,42. Dit bedrag is zonder aftrek van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage van 25%. Met aftrek van deze eigen bijdrage bedraagt de vergoeding € 385,06. Indien, als gezegd, wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt 65% van dit tarief vergoed. Om die reden is aan verzoekster een bedrag toegezegd van totaal € 500,58 ($0,75 \times 513,42 \times 0,65 \times 2$).

 5.2. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is besloten aan verzoekster een vergoeding toe te kennen van 75% van de kosten in plaats van 65%. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de kosten van het nog resterende eigen risico (€ 134,48) nog in mindering moeten worden gebracht op de uitkering. Om die reden heeft verzoekster voor beide toestellen uiteindelijk een vergoeding ontvangen van totaal € 443,12 ($0,75 \times 513,42 \times 0,75 \times 2 - 134,48$).

5.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat verzoekster naar aanleiding van de op 23 december 2017 afgegeven machtiging telefonisch contact met hem heeft gehad. Tijdens dit contact heeft verzoekster de vraag gesteld of zij aanspraak heeft op één of twee keer € 500,58. De ziektekostenverzekeraar heeft daarop per e-mail aan verzoekster medegedeeld dat zij aanspraak heeft op twee keer € 500,58. Hoewel deze informatie niet juist is, meent de ziektekostenverzekeraar dat hij niet gebonden is aan deze toezegging omdat verzoekster de betreffende hoortoestellen toen al had aangeschaft. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 17 januari 2018 aan verzoekster heeft uitgelegd dat aanspraak bestaat op vergoeding van één keer € 500,58 en dat het nog resterende verplicht eigen risico van € 134,48 hierop in mindering moet worden gebracht. Overigens is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat hij eigenlijk niet gehouden was een machtiging af te geven, aangezien het hoortoestellen uit categorie 6 betreft.

 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat op 23 december 2017 een machtiging is afgegeven. Op deze machtiging staat duidelijk vermeld dat het om twee hoortoestellen gaat en het te vergoeden bedrag € 500,58 bedraagt.

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 A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie 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 alsnog een vergoeding toe te kennen van twee keer € 500,58, onder verrekening van het resterende eigen risico, ter zake van de door

verzoekster aangeschafte hoortoestellen van het type Beltone LND1763-DRW, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op pagina 8 tot en met 54 van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 27 e.v. van de zorgverzekering is opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Anderzorg heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Anderzorg in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

(...)

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

(...)"

8.4. Artikel 3.2 van het 'Verzekeringsreglement Anderzorg 2017' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"Hoortoestellen en ruismaskeerders (inclusief de benodigde oorstukjes)

(...)

Voorwaarden die gelden als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Voorafgaande toestemming nodig?: Ja

Toelichting van wie? Audicien. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een audiogram en een door de verzekerde ondertekende tevredenheidsverklaring waaruit blijkt dat de proefperiode met het hoortoestel succesvol is verlopen. Het hoortoestel dient te zijn geïndiceerd op basis van het Hoorzorgprotocol.

Offerte van leverancier nodig? Ja

Vergoeding: Op basis van de goedgekeurde offerte tot maximaal 65% van het tarief dat Anderzorg gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd.

Wettelijke eigen bijdrage: Conform de Regeling zorgverzekering: Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedraagt de eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen 25% van de totale aanschaffkosten.

(...)"

- 8.5. De passage op bladzijde 27 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Verzekeringsreglement Anderzorg 2017' zijn volgens artikel A1 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie is geregeld in artikel 2.6, onderdeel c, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft 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.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Uit dit protocol vloeit de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie voort. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Verzekeringsreglement Anderzorg 2017'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het ZN keuzeprotocol Hoorzorg wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde aanspraak heeft.
- 9.2. Vast staat dat verzoekster bij een niet-gecontracteerde leverancier twee hoortoestellen van het type Beltone LND1763-DRW heeft aangeschaft. Na de aanschaf van deze hoortoestellen heeft verzoekster de door de leverancier ontvangen nota ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 december 2017 alsnog een machtiging afgegeven waarin wordt verklaard dat de aangeschafte toestellen worden ingedeeld in categorie 4 en dat aan verzoekster een gedeeltelijke vergoeding wordt verleend. Gelet op deze machtiging behoeft de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een vergoeding geen beantwoording meer.

De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat eigenlijk geen machtiging had moeten worden afgegeven omdat de aangeschafte hoortoestellen in categorie 6 vallen, wordt gepasseerd.

- 9.3. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding geldt dat in de op 23 december 2017 gegeven machtiging wordt gesproken over een bedrag van € 500,58. Vast staat dat verzoekster naar aanleiding van de ontvangen machtiging telefonisch contact heeft gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar met de vraag of het bedrag van € 500,58 voor één of twee toestellen is. In antwoord hierop ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar op 28 december 2017 een e-mailbericht waarin het volgende is opgenomen:

"De vraag ontstond of het bedrag van € 500,58 voor 1 of 2 hoortoestellen was. Ik heb navraag gedaan, en het bedrag is voor 1 hoortoestel. Aangezien u er 2 nodig heeft, heeft u dus recht op twee keer dit bedrag van € 500,58. Het vergoede bedrag is lager dan de daadwerkelijke nota, omdat er een wettelijke eigen bijdrage van 25% wordt ingehouden. Na inhouding van deze bijdrage vergoeden wij 65% van het bedrag dat wij gemiddeld voor deze behandeling hebben gecontracteerd. Dit komt omdat u heeft gekozen voor een audicien waar wij geen contract mee hebben."

- 9.4. Gelet op de tekst van dit e-mailbericht in combinatie met de gegeven machtiging is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gebonden is aan de gedane toezegging. Dit betekent dat verzoekster erop mocht vertrouwen dat zij een vergoeding zou ontvangen van twee keer € 500,58. Naar de commissie uit het e-mailbericht van 28 december 2018 voorts begrijpt is dat (i) de verschuldigde eigen bijdrage van 25 percent van de aanschafkosten al is verrekend, en (ii) het bedrag van € 500,58 is berekend op basis van 65 percent van het gemiddeld contracteerde tarief. Noch in het e-mailbericht noch in de genoemde machtiging wordt echter gesproken over een eventuele verrekening met het verplicht eigen risico. Aangezien de verrekening met het (verplicht) eigen risico van zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed een feit is van algemene bekendheid, en de systematiek aldus is dat het exacte bedrag van het resterende eigen risico niet in de machtiging kan worden vermeld - dit kan immers op de dag zelf nog wijzigen, bijvoorbeeld door de aflevering van medicijnen -, kon verzoekster niet ervan uitgaan dat dit eigen risico al was verrekend. Daarom is de commissie van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de vergoeding te verrekenen met het nog openstaande eigen risico.
- 9.5. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster, onder verrekening van het nog resterende openstaande eigen risico 2017, aanspraak heeft op een vergoeding van € 1.001,16 (2 x € 500,58). Genoemd bedrag te verhogen met 10 percent, vanwege de in de Ombudsfase gedane toezegging dat 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Dit maakt totaal € 1.101,28. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet bestreden dat het resterende eigen risico 2017 nog € 134,48 bedroeg. Gelet op de al eerder nog de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding van € 443,12 dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster nog een bedrag te voldoen van € 523,68 (€ 1.101,28 - € 134,48 - € 443,12).

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen in die zin dat verzoekster nog aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 523,68. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe in die zin dat verzoekster nog aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 523,68. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 12 december 2018,



G.R.J. de Groot

