



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar
N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hardheidsclausule

Zaaknummer : 201500231

Zittingsdatum : 18 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 verzekering ZorgVerzorgd (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 FNV Zorg 3 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 vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 januari 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 brief van 3 mei 2015 heeft verzoekster 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 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 6 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2015 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. Bij brief van 14 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015113177) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar geen toestemming is gevraagd voor zittend ziekenvervoer over een langere afstand dan 200 kilometer. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 november 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend gynaecoloog in Hengelo heeft verzoekster verwezen naar een seksuoloog in Groningen, en heeft hierbij op 28 juni 2011 het volgende verklaard: "(...) Patiënte kwam op 21-06-2011 voor de tweede keer bij mij op het spreekuur i.v.m. nog steeds klachten van dyspareunie en een vernauwd gevoel na Botox therapie van de sfincter ani bij obstipatieklachten. De voorgeschiedenis vermeldt reumatoïde artritis, een knie OK, ovariumcarcinoom waarvoor debulking bij BrCa-2 genmutatie, tevens hemorrhoidectomie waarna biofeedback en bekkenbodemp fysiotherapie. Afgelopen februari onderging patiënte Botox therapie van de sfincter ani i.v.m. moeizame defaecatie. Ze had direct na de behandeling veel pijn t.h.v. de injectie. Daarna is zij opgenomen geweest i.v.m. mogelijke intoxicatie, echter dit is nooit bewezen. Bij gynaecologisch onderzoek was patiënte voor 2 vingers makkelijk toegankelijk, echter er was duidelijk sprake van hypertone bekkenbodemspieren, tevens was dit erg pijnlijk bij aanraken. Patiënte werd verwezen voor bekkenbodemp fysiotherapie gericht op haar levatorspieren en de hypertonie, echter na 3 maanden was er minimaal effect. Patiënte heeft nog steeds klachten bij zitten en lopen en coïtus is onmogelijk. Wil je patiënte zo spoedig mogelijk oproepen voor een intakegesprek en eventuele behandeling? (...)".
- 4.2. De behandelend chirurg in Denekamp heeft verzoekster verwezen naar een gastro-enteroloog in Maastricht, en heeft hierover op 21 oktober 2011 het volgende verklaard: "(...) Concluderend is er sprake van toenemende en inmiddels extreme en bovendien invaliderende pijnklachten van zowel anus als vagina. Helaas hebben wij tot op heden geen goede verklaring voor dit pijnbeeld kunnen geven en zijn wij niet succesvol geweest in de behandeling. Ik ben benieuwd naar je mening of wij bij patiënte iets over het hoofd hebben gezien en of wij met de Botoxbehandeling en nettoyage van de fissuur een verkeerde keuze hebben gemaakt. Ik zou je willen vragen patiënte op te roepen voor je spreekuur om te beoordelen of jij iets voor haar kan betekenen. Misschien is zij een goede kandidate voor sacrale neuromodulatie maar ook dit laat ik graag aan jouw deskundigheid over. (...)".

- 4.3. De behandelend chirurg in Denekamp heeft verzoekster verwezen naar Heerlen. De chirurg heeft hierover op 12 april 2015 verklaard: *"Draagster BRCA 2 genmutatie. 1982 debulking ovariumcarcinoom stadium 1A. Enkele jaren later omentummetastase. In 1991 recidief/metastase op darmen, "afgeschraapt". Nooit chemotherapie gehad. (...) FU-schema: Halfjaarlijks, afwisselend MGR en MRI. (...)".*
Op 3 juni 2015 heeft de chirurg verklaard: *"Patiënt wordt verwezen naar het Atrium medisch Centrum omdat patiënte een darmstimulator/pacemaker heeft en patiënte kan daardoor niet hier door de MRI. (...)"*
- 4.4. In verband met een complexe zorgproblematiek betreft verzoekster zorg van diverse artsen. Bij de ziektekostenverzekeraar heeft zij aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer dat hiermee gepaard gaat. In de jaren 2011, 2012 en 2013 is door de ziektekostenverzekeraar - na tussenkomst van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen - een vergoeding verleend voor het vervoer. De kosten die zijn gemaakt in het jaar 2014 zijn echter niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
Gelet op het regelmatige vervoer voldoet verzoekster aan de hardheidsclausule. De reden dat zij soms ver weg moet voor zorg, is erin gelegen dat zij specifiek naar de betreffende artsen is verwezen. Zij heeft hiervoor niet zelf gekozen. Verzoekster betreft ook zorg dicht bij huis, bijvoorbeeld haptotherapie en reumatherapie.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij niet wist dat toestemming nodig was. Hierover is in de jaren 2011, 2012 en 2013 ook nooit gesproken. Zij heeft andere polissen bekeken, en hierin komt de toestemmingseis niet voor. Het Zorginstituut gaat volgens verzoekster te kort door de bocht. De ziektekostenverzekeraar zou in ieder geval tot 200 kilometer kunnen vergoeden. Niet alleen is er in het verleden nooit sprake geweest van een beperking of een eis van voorafgaande toestemming, maar als de ziektekostenverzekeraar dit wilde invoeren, had hij dit moeten aankondigen. Zo is dit ook gebeurd in 2015 met behandelingen fysiotherapie. Ook daar bestaat een geschil over met de ziektekostenverzekeraar. Vanaf de 21e behandeling komen de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, en daarmee ook het bijbehorende vervoer. Alle vervoerskosten zijn echter afgewezen.
- 4.6. 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 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend waarin verschillende bestemmingen aan de orde zijn. In de aanvraag zijn opgenomen: fysiotherapie in Denekamp, controles, onderzoeken en bekkenfysiotherapie in Groningen, sacrale neuromodulatie in Maastricht, gynaecologie in Hengelo, bezoeken aan een klinisch psycholoog in Almelo en radiologie in Heerlen. Deze bestemmingen vormen samen, mits ze voldoen aan de voorwaarden van de zorgverzekering, een optelsom voor de berekening in het kader van de hardheidsclausule.
- 5.2. Met betrekking tot de behandelingen fysiotherapie en de bekkenfysiotherapie geldt dat deze niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Daarom komt het vervoer in dat kader ook niet voor vergoeding in aanmerking. De overige behandelingen, waaronder die in Groningen, vallen onder de medisch-specialistische zorg, en tellen daarom mee voor de berekening in het kader van de hardheidsclausule.
De vergoeding van zittend ziekenvervoer is beperkt tot een enkele reisafstand van 200 kilometer. Indien meer kilometers moeten worden gereisd, is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar noodzakelijk. De ritten naar zowel Heerlen als Maastricht betreffen een enkele reis van 265 kilometer. Hiervoor is vooraf door de ziektekostenverzekeraar geen toestemming verleend.
- 5.3. De behandelingen in Heerlen en Maastricht betreffen een MRI en een mammografie. Beide behandelingen kunnen naar hun aard dicht bij de woonplaats van verzoekster plaatsvinden.

Het gegeven dat de chirurg in Hengelo geen behandel mogelijkheden meer zag en dat een MRI in verband met de darmstimulator/pacemaker niet in Almelo of Hengelo kan worden uitgevoerd, verklaart niet de medische noodzaak hiervoor uit te wijken naar Heerlen of Maastricht, en niet naar een dichterbij gelegen ziekenhuis zoals Groningen of Utrecht. Aangezien verzoekster geen toestemming heeft gevraagd voor zittend ziekenvervoer naar deze bestemmingen, heeft de ziektekostenverzekeraar niet de mogelijkheid gehad haar te bemiddelen naar een dichterbij gelegen ziekenhuis.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de toestemmingseis al langer in de voorwaarden staat. Het advies van het Zorginstituut hierover is helder. De vergoeding tijdens de eerdere procedure, die is geschikt, betrof vervoer in verband met oncologische behandelingen. Voor fysiotherapie geldt dat het vervoer alleen voor vergoeding in aanmerking komt bij een chronische aandoening, en dat is hier niet aan de orde. De kosten van fysiotherapie worden niet vanuit de zorgverzekering vergoed, en daarmee bestaat ook geen aanspraak op het zittend ziekenvervoer. Ook in eerdere jaren is geen vergoeding verleend voor vervoer naar de fysiotherapeut.

- 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 zorgverzekering en 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. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De voorwaarden van zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,31 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Menzis vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan. U heeft recht op vervoer als:

- het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en*
- u nierdialyses moet ondergaan, of*

- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route. (...)

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 96 per kalenderjaar. (...)"

- 8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat deze zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 8.6. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet behoort tot één van de in de voorwaarden van de zorgverzekering onder de eerste tot en met de vierde bullet genoemde categorieën van verzekerden waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen, zodat dient te worden getoetst aan de hardheidsclausule, als bedoeld onder de vijfde bullet.
- 9.2. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

aantal (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

De ritten in verband met fysiotherapie komen volgens de ziektekostenverzekeraar niet ten laste van de zorgverzekering, omdat bij verzoekster geen sprake is van een indicatie volgens Bijlage 1 Bzv. Zulks is door verzoekster niet dan wel onvoldoende is bestreden, zodat dit gegeven als vaststaand wordt aangenomen.

Niet in geschil is dat indien alle ritten worden geteld die worden gemaakt in het kader van zorg die ten laste van de zorgverzekering komt (inclusief die naar Heerlen, Maastricht en Groningen, rekening houdend met een maximering tot 200 kilometer enkele reis), toepassing van de formule leidt tot een getal hoger dan 250, zodat in beginsel is voldaan aan de hardheidsclausule.

De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader benadrukt dat de zorg ook dichterbij de woonplaats van verzoekster had kunnen plaatsvinden. Bovendien is geen voorafgaande toestemming gevraagd voor het zittend ziekenvervoer. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Bekend is dat eertijds door de Commissie voor Beroepszaken van de Ziekenfondsraad in het kader van de ziekenfondsverzekering (o.a. RZA 1994/61) is geoordeeld dat het zittend ziekenvervoer een connexe aanspraak is en uit dien hoofde de vrije artsenkeuze volgt, dat wil zeggen voor zover de door die arts te verlenen zorg op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, en voor zover dit vervoer het wettelijke vastgestelde maximum van 200 kilometer enkele reis niet overschrijdt. Daarmee is gegeven dat indien de zorg zelf als doelmatig moet worden beschouwd, hetgeen in het onderhavige geval niet in geschil is, de aanspraak op het daarmee samenhangende zittend ziekenvervoer geen ruimte biedt voor een afzonderlijke inhoudelijke doelmatigheidstoets. Dit geldt temeer nu de wetgever de enkele reisafstand tot de zorgaanbieder heeft gemaximeerd tot 200 kilometer enkele reis.
- 9.4. Een en ander neemt niet weg dat, anders dan voor de vier specifieke groepen, bij toetsing aan de hardheidsclausule niet alleen de onder 9.2 genoemde formule als uitgangspunt dient te worden genomen. In de beoordeling moet in dat geval tevens worden betrokken of nog sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard indien de verzekerde om andere dan medische redenen kiest voor een behandeling verder weg. De verzekerde creëert dan immers zelf de hoge kosten van zittend ziekenvervoer, en daarmee de onbillijkheid indien deze voor zijn rekening zouden blijven. Inherent aan een hardheidsclausule is dat mede rekening wordt gehouden met de mogelijkheden die betrokkene heeft om te voorkomen dat hij op het bestaan van die hardheid een beroep dient te doen (vgl. GcZ 6 oktober 2010, 2009.01945). Verzoekster heeft door middel van drie verklaringen van haar behandelend medisch-specialisten aannemelijk gemaakt dat zij niet zelf heeft gekozen voor behandeling in Groningen, Heerlen en Maastricht, maar dat zij in verband met haar medische problematiek specifiek naar deze plaatsen is verwezen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat bepaalde behandelingen ook dichterbij hadden kunnen plaatsvinden. Hiermee gaat hij echter in tegen het oordeel van de behandelend medisch-specialisten, dat er kennelijk uit bestond dat behandeling dichterbij niet was aangewezen. De commissie acht het oordeel van de betrokken specialisten in dezen van doorslaggevend belang. Hiermee staat vast dat verzoekster niet zelf de hardheid heeft gecreëerd.
- 9.5. Gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering is niet alleen het recht op, maar ook *de vergoeding van* het zittend ziekenvervoer gemaximeerd tot 200 kilometer enkele reis. Indien verder moet worden gereisd, dient toestemming te worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Aangezien niet is gebleken dat verzoekster voorafgaand aan het vervoer toestemming heeft gevraagd, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden haar voor de ritten naar Heerlen en Maastricht een hogere vergoeding te verlenen dan die geldt voor een enkele reis van 200 kilometer.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor zittend ziekenvervoer, zodat geen mogelijkheid bestaat tot een aanvulling van de vergoeding op basis van die verzekering.

Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4 en 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

- 
- 9.8. 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, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4 en 9.5. 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, 2 december 2015,



J.A.M. Strens-Meulemeester