



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te
Alkmaar

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

Zaaknummer : 201600274

Zittingsdatum : 19 oktober 2016

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

(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, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket 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 Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 12 november 2014 medegedeeld dat zij voor de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015 een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) toegekend krijgt van € 10.777,50.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van het toegekende budget, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 januari 2016 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 ongedateerde brief heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het budget met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 te verhogen naar € 12.064,--, en de vordering van € 629,50 vanwege een te hoge uitkering te laten vervallen (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 10 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 oktober 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 19 oktober 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster had vóór 1 januari 2015 een PGB vv ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg, Wlz). Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) heeft bij haar een indicatie gesteld voor Klasse 4, dat wil zeggen 7 tot 9.9 uren per week. Gelet op de 'Tarieventabel 2015' voor het PGB vv, die is te vinden op de website van Zorginstituut Nederland, hoort bij Klasse 4 een jaarbudget van € 12.064,--. De ziektekostenverzekeraar heeft het budget echter gesteld op € 10.777,50, hetgeen onjuist is.
-  4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag met ingang van 1 mei 2015 voor zorg verleend door een natuurlijk persoon slechts € 20,-- per uur worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar vordert een bedrag van € 629,50,-- van verzoekster, in verband met een te hoge uitkering ten laste van het budget. Als de ziektekostenverzekeraar echter was uitgegaan van het budget van € 12.064,-- voor het jaar 2015, had verzoekster dit niet overschreden, gelet op het aantal door haar gedeclareerde uren. Bovendien geldt de beperking van € 20,-- per uur alleen voor nieuwe budgethouders. Aangezien verzoekster onder de overgangsregeling valt, mag zij de kosten van de aan haar verleende zorg tot € 63,-- per uur declareren. Aan haar zorgverlener heeft zij € 26,50 per uur betaald, zodat zij ruim binnen deze norm is gebleven.
-  4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij conform het oude budget mocht declareren, zo werd haar ook door Per Saldo verteld. Het bleek bovendien dat zij niet de enige was die dit probleem had. Het gaat om een budget van € 12.064,--. Verzoekster kon hier op grond van de overgangsregeling aanspraak op kon maken, en voor haar geldt het lagere tarief dus niet. Het budget is niet volledig uitgekeerd, in ieder geval niet het bedrag van € 12.064,--. Er is nu ruim € 10.000,-- toegekend. Verzoekster ging uit van de Klasse zoals deze onder de AWBZ werd gehanteerd. Zij heeft verder telefonisch contact gehad met het CIZ, en toen is haar het bedrag van € 12.064,-- genoemd.
-  4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Met ingang van 1 januari 2015 is het PGB vv overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Het Zorgkantoor heeft aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven dat het budget dat in 2014 aan verzoekster was toegekend € 11.975,-- bedroeg. Aangezien de overheid heeft besloten dat er minder geld beschikbaar is voor wijkverpleging, is aan de zorgverzekeraars minder budget toegekend dan ten tijde van de AWBZ het geval was. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar besloten 10 percent op het PGB-budget in mindering te brengen. Dit heeft erin geresulteerd dat aan verzoekster voor het jaar 2015 een budget is toegekend van € 10.777,50.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar is ermee bekend dat de commissie in twee eerdere bindend adviezen heeft besloten tot toewijzing van het verzoek tot verhoging van het PGB-budget. De ziektekostenverzekeraar is evenwel van mening dat hij - anders dan de verzekeraars in bedoelde bindend adviezen - aan zijn zorgplicht heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk niet gesneden in de aan verzoekster toegekende zorguren. Met het toegekende budget is verzoekster in staat de zorg in te kopen waaraan zij behoefte heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft met de toekenning van dit budget jegens verzoekster een evenredige en individuele belangenafweging gemaakt.
De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op de reglementen PGB vv 2015, zoals die door de betreffende verzekeraars werden gehanteerd. Bij bestudering van deze reglementen is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat met name de inhoud van artikel 8.6 van deze reglementen afwijkt van het reglement dat de ziektekostenverzekeraar hanteert. De ziektekostenverzekeraar heeft in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' een bepaling opgenomen omtrent het uurtarief voor een natuurlijk persoon, zoals dat onder de overgangsregeling van toepassing is. Als verzoekster zich had gehouden aan de beperking in het uurtarief tot € 20,--, was het aan haar voor het jaar 2015 toegekende budget van € 10.777,50 toereikend geweest.
- 5.3. De declaraties van verzoekster over het jaar 2015 zijn door de ziektekostenverzekeraar verwerkt. Gebleken is dat aan verzoekster een te hoge uitkering is gedaan, zodat de ziektekostenverzekeraar een vordering op haar heeft ter hoogte van € 629,50.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de vraag van verzoekster uitvoerig is beantwoord in de brieven. De personen die vallen onder het overgangsrecht konden tot 1 mei 2015 maximaal € 69,-- per uur declareren, en vanaf die datum maximaal € 20,-- per uur. Aan alle verzekerden is medio 2014 een toekenning gestuurd. Hierbij ging het om de mensen die aanspraak hadden op een PGB. Verwezen werd naar de website van de ziektekostenverzekeraar. Er zijn ook brieven verzonden, met de vermelding van de website en een telefoonnummer. De verzekerde kon dan ook zelf contact opnemen, en de relevante stukken werden op verzoek toegezonden. Er zijn verzekeraars geweest die hebben gekort op het budget, en dit mocht niet. De ziektekostenverzekeraar heeft dit echter niet gedaan. Het budget dat is toegekend, is ook uitgekeerd.
- 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 10 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 het PGB-budget voor 2015 te verhogen naar € 12.064,--. Verder is in geschil of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 629,50 vanwege een te hoge uitkering van verzoekster mag vorderen.

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 door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIGer). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)"*

- 8.4. Artikel 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb verpleging en verzorging gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

De maximum uurtarieven zijn als volgt:

- persoonlijke verzorging pgb door formele zorgaanbieders: € 38,56*
- verpleging pgb door formele zorgaanbieders: € 57,08*

Voor de besteding van dit budget verwijzen wij naar artikel 7.11.

5.2 Als uw verzekering of uw pgb verpleging en verzorging voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb naar rato verlaagd. Uw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365)."

- 8.5. Artikel 7.11 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

*"Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgaanbieders in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijk personen.
Voor formele zorgaanbieders kunt u maximaal het tarief onder 5.1 declareren. Voor zorg geleverd door natuurlijk personen geldt het door de minister van VWS vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding. Zolang de Minister geen Algemene Maatregel van Bestuur heeft vastgesteld hanteren wij het volgende maximum uurtarief voor verpleging en persoonlijke verzorging, uitgevoerd door natuurlijke personen: € 20,-."*

- 8.6. Artikel 8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"8.1 Het kan zijn dat u voor 1 januari 2015 al een AWBZ pgb had voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de geldigheid van die indicatie doorloopt in 2015. Als dit het geval is, dan is het onderstaande op u van toepassing. (...)

8.3 U behoudt uw recht op zorg in de vorm van een pgb verpleging en verzorging zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015. (...)

8.5 De artikelen 2, 3, 4 (excl. 4.9, 4.10 en 4.11) en 5 (excl. 5.2) zijn niet van toepassing als u onder deze overgangsbepaling valt.

8.6 De artikelen 4.9, 4.10, 4.11 en 5.2 zijn wel van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt. Het tarief voor natuurlijk personen gaat in op 1 mei 2015. Tussen 1 januari 2015 en 30 april 2015 kunnen kosten van zorg, uitgevoerd door natuurlijke personen, gedeclareerd worden voor een bedrag dat hoger is dan € 20,- per uur maar niet hoger zal zijn dan € 63,- per uur. (...)"

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 5, 7.11 en 8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 vv was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.9. 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. Tussen partijen is enerzijds in geschil of de hoogte van het door de ziektekostenverzekeraar toegekende PGB-budget van € 10.777,50 juist is, en anderzijds of verzoekster kan worden gehouden aan de beperking in het uurtarief voor zorg verleend door een natuurlijk persoon tot € 20,--, leidend tot de vordering van de ziektekostenverzekeraar van € 629,50 op verzoekster. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Hoogte PGB-budget

- 9.3. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde informatie volgt dat het budget dat verzoekster in 2014 ten laste van de AWBZ ontving € 11.975,-- bedroeg. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar 10 percent in mindering gebracht, zodat het jaarbudget van verzoekster voor 2015 is gesteld op € 10.777,50.
In de regelgeving noch in de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt door ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS ten aanzien van het PGB vv, is iets geregeld over de hoogte van de budgetten. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op veel onderdelen van de zorgverzekering de hoogte van de vergoeding bepaalt - gedacht kan bijvoorbeeld worden aan diverse hulpmiddelen -, en niet is vastgelegd wat de minimale hoogte van het PGB vv moet zijn, ligt het in de rede dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte hiervan opneemt in het reglement. Aldus kan een (aspirant) verzekerde hiervan kennis nemen en de vergoeding betrekken in zijn keuze de verzekering aan te gaan onderscheidenlijk voort te zetten dan wel over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Indien hierbij wordt betrokken dat de onder de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage met ingang van 1 januari 2015 is vervallen, moet worden geconcludeerd dat de in het reglement genoemde tarieven in het algemeen als toereikend kunnen worden beschouwd. Verzoekster is contractueel gebonden aan het reglement, zodat hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de vergoeding haar kan worden tegengeworpen.
- 9.4. In het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn bepalingen opgenomen omtrent de hoogte van het te declareren uurtarief. Uit de voorwaarden is echter niet op te maken dat de ziektekostenverzekeraar bij de overgangsregeling uitgaat van het budget dat in 2014 ten laste van de AWBZ van toepassing was, en dat hierop met ingang van 1 januari 2015 10 percent in mindering wordt gebracht. Bedoelde 'korting' - althans in financiële termen - van 10 percent is derhalve door de ziektekostenverzekeraar toegepast zonder dat hieromtrent in het reglement een bepaling is opgenomen. Verzoekster kan hieraan dan ook niet worden gebonden, zodat het budget dat in 2014 werd gehanteerd, namelijk € 11.975,--, ook voor het jaar 2015 heeft te gelden.
- 9.5. Het door verzoekster in dit verband genoemde bedrag van € 12.064,-- geldt niet onder de Zvw, maar onder de Wlz, zoals is vermeld bovenaan de door haar overgelegde tarieventabel. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op dit hogere budget, ten laste van de zorgverzekering.

Hoogte tarief natuurlijk persoon

- 9.6. In artikel 8.6 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, welk artikel ziet op de situatie onder de overgangsregeling, is bepaald dat de kosten van zorg verleend door een natuurlijk persoon tussen 1 januari 2015 en 30 april

2015 kunnen worden gedeclareerd tot maximaal € 63,-- per uur. Met ingang van 1 mei 2015 is het tarief evenwel beperkt tot maximaal € 20,-- per uur. Zoals hiervoor is overwogen, is verzoekster contractueel gebonden aan het reglement, zodat hetgeen hierin is bepaald omtrent de beperking in het uurtarief, haar kan worden tegengeworpen.

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster met ingang van 1 mei 2015 niet méér mocht declareren dan € 20,-- per uur. Aangezien haar declaraties zijn gebaseerd op een tarief van € 26,50 per uur, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een te hoge vergoeding verleend. De ziektekostenverzekeraar is daarom gerechtigd het teveel uitgekeerde bedrag van € 629,50 van verzoekster te vorderen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat vanuit deze verzekering geen aanvullende vergoeding kan worden verleend.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat het PGB-budget van verzoekster voor het jaar 2015 dient te worden verhoogd naar € 11.975,--. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.10. 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 9.9. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester