



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar
U.A. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), aantal toegekende uren

Zaaknummer : 201701111

Zittingsdatum : 18 april 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (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 AV-Top Delft afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 16 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een PGB vv toe te kennen op basis van twee uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van het aantal toegekende uren, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 10 oktober 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een PGB vv toe te kennen voor meer dan twee uren Persoonlijke Verzorging per week, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 2 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010915) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat uit zowel het verpleegkundig deel van de PGB-aanvraag als uit het zorgplan blijkt dat ondersteuning bij het douchen en de stomazorg tot de geïndiceerde zorg behoort. In het zorgplan wordt deze zorg onderbouwd aan de hand van verpleegkundige diagnoses. De twee uren zorg die door de verpleegkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar zijn geïndiceerd, zijn niet zorginhoudelijk onderbouwd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 april 2018 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld op het advies van het Zorginstituut te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 april 2018 op het advies gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 april 2018 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 18 april 2018 in persoon gehoord.
- 3.11. Bij brief van 20 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en het nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 31 mei 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk 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 verzoeker
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 28 oktober 2016 op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar over verzoeker verklaard: *"Dhr is bekend met de volgende ziektebeelden: Rectumcarcinoom waarvoor een ileostoma. Radiculair syndroom (C7) en carpaaltunnelsyndroom links. (...) Dhr is beperkt in zijn zelfredzaamheid. Dhr is na rectumcarcinoom sterk verzwakt, heeft pijnklachten onderlichaam en pijnklachten nek/armen en functiebeperking armen en li hand. (...) Zelfzorgtekort douchen/lichaamsverzorging, zelfzorgtekort kleden/uiterlijke verzorging, zelfzorgtekort stoma (...) Dhr heeft een vriend die hem af en toe helpt bij de boodschap doen, gezelschap, etc. (...) Dhr geeft aan zorg nodig te hebben op verschillende tijden. Door pijnklachten en stoma die vaak vol zit of los schiet schakelt dhr zijn zorgverlener op afroep in (...)"*.
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van acht uren en 45 minuten per week.
- 4.2. Op 15 september 2017 heeft de indicierend wijkverpleegkundige ten behoeve van verzoeker een zorgplan opgesteld. Hierop heeft hij het volgende over verzoeker verklaard: *"(...) Dagelijks hulp bij het douchen en haren wassen. Dagelijks hulp bij de huidverzorging. PV, 175 min per week (...) Dhr heeft een ileostoma, dhr is verzwakt, dhr heeft pijnklachten onderlichaam/nek/armen, dhr heeft functiebeperking armen en linker hand, dhr is niet in staat om zelfstandig alle activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij het douchen/lichaamsverzorging. (...) Dagelijks hulp bij het aankleden. PV, 70 min per week (...) Dagelijks hulp bij de verzorging van [het] stomaplaksysteem. PV, 175 min per week. (...)"*.
De wijkverpleegkundige komt in het zorgplan uit op zeven uren Persoonlijke Verzorging per week.

- 4.3. Verzoeker is bekend met darmkanker en is hiervoor diverse keren geopereerd. Hij heeft de beschikking over een stoma die op een goede dag minstens twintig keer moet worden vervangen. Op slechte dagen gaat het zelfs om dertig keer per dag. In verband hiermee behoeft verzoeker dagelijkse verzorging voor zijn persoonlijke hygiëne, waarbij hij hulp nodig heeft.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker bij het douchen een krukje gebruiken. Vanwege het feit dat verzoeker zich voortdurend duizelig en zwak voelt, en hij hierdoor instabiel is, levert dit gevaar op. Bovendien heeft verzoeker ook met gebruik van een stoel of krukje hulp nodig bij het douchen en aankleden. Ondanks dat verzoeker veel zaken zelfstandig kan doen, geldt dit niet voor het douchen, dat van hem veel extra tijd en energie vergt. Dit wordt verergerd door de omstandigheid dat verzoeker weinig voedsel kan binnenhouden. Hij is regelmatig opgenomen in het ziekenhuis, waar hij met behulp van een infuus weer op krachten moest komen. Het is bovendien voorgekomen dat verzoeker verzwakt op de grond lag, waar een vriend hem vond en een ambulance heeft moeten bellen. Was dit niet gebeurd, dan zou verzoeker er niet meer zijn.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. De Persoonlijke Verzorging duurt meestal tussen de 45 en 60 minuten, en de tijd voor het verwisselen van de stoma komt hier nog bij. Wat voornamelijk van belang is te vermelden is dat verzoeker tevreden is met de nu geleverde zorg en geen behoefte heeft aan zorg die wordt verleend door vreemde mensen. Verzoeker wil leven om te leven.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De aanvraag van verzoeker is beoordeeld aan de hand van het ingevulde aanvraagformulier en het met hem gevoerde 'Bewust Keuze Gesprek'. Hieruit kwam naar voren dat de aanvraag voornamelijk is gericht op hulp bij het douchen, aankleden, het wassen en kammen van de haren gedurende zeven dagen per week.
- 5.2. De zorgaanbieder is reeds begonnen met het verlenen van zorg vóórdat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv had toegekend. Gebleken is dat deze zorgaanbieder gedurende vijf dagen in de week twee uren per dag bij verzoeker langskomt, waarbij zij behalve bij het douchen, ook helpt bij het afwassen, koken en boodschappen doen. Deze laatste activiteiten vallen echter niet onder Persoonlijke Verzorging die op basis van een PGB vv ten laste van de Zvw kan worden gedeclareerd.
- 5.3. De hulp bij het douchen kan worden uitgevoerd binnen twee uren per week, zodat voor dit aantal uren aan verzoeker een PGB vv is verstrekt. Dit besluit is mede gebaseerd op het feit dat verzoeker goede dagen kent waarop hij zichzelf kan wassen en derhalve niet is aangewezen op hulp. Gemiddeld heeft hij daarom genoeg aan twee uren per week. Met het bijbehorende budget kan hij de voor hem benodigde zorg op doelmatige wijze inkopen.
- 5.4. Bij brief van 17 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij van mening is de toegekende twee uren te hebben onderbouwd in een reeds eerder ingebracht e-mailbericht van 7 maart 2017 aan de wijkverpleegkundige. De twee uren zorg bestaat uit driemaal dertig minuten hulp bij het douchen en dertig minuten zorg voor onvoorziene zaken. De wijkverpleegkundige heeft zich met deze uitleg akkoord verklaard.
- 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 14 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 aan verzoeker een PGB vv voor meer dan twee uren Persoonlijke Verzorging per week toe te kennen, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17a van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging zonder verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Verpleging en Verzorging

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen, instructie en persoonlijke verzorging.

Binnen de aanspraak Verpleging en Verzorging worden Intensieve Kindzorg (IKZ), Palliatief Terminale Zorg (PTZ) en Casemanagement als bijzondere zorgvormen aangemerkt. In lid 2 tot en met lid 4 van dit artikel vindt u meer informatie over deze zorgvormen. (...)

lid 5 Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (PGB VV)

In een aantal gevallen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen. In welke gevallen en onder welke voorwaarden dit kan, staat omschreven in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden."

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft (hieronder valt ook de Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT));

(...)

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf (...)"

8.5. Artikel 3 van het 'Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U moet voldoen aan alle volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in art. 2.1 en 2.2. van dit Reglement die niet ouder is dan 3 maanden;

2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Het oordeel is mede-afhankelijk van de volgende aspecten:

a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet in 2017 of eerdere jaren niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;

c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;

d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;

e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;

f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.

3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (zie hiervoor Artikel 8:Verplichtingen);

4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb."

8.6. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en een (telefonisch) bewust keuzegesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en zich geen van de in artikel 4 genoemde weigeringsgronden voordoet, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb. (...)"

8.7. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"8. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd, de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd. Voor de vaststelling van uw budget gebruiken wij in 2017 de volgende tarieven:

• verzorging € 28,37 per uur; (...)"

- 8.8. Artikel 17 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 5 en 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. 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. Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is geregeld in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
- 8.10. 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Tevens is niet in geschil dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden die in artikel 3 van genoemd reglement zijn gesteld. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van het aantal toegekende uren Persoonlijke Verzorging per week. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Gezien het voorlopig advies van het Zorginstituut van 11 april 2018 blijkt uit zowel het verpleegkundig deel van de aanvraag voor het PGB vv als uit het zorgplan dat verzoeker ondersteuning nodig heeft bij het douchen en bij het verzorgen van de stoma. In het zorgplan is deze zorg nader onderbouwd aan de hand van verpleegkundige diagnoses. Op grond hiervan bestaat een indicatie voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. De twee uren zorg die door de verpleegkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar zijn bepaald, zijn niet zorginhoudelijk onderbouwd, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut adviseert daarom tot toewijzing van het verzoek. In het definitief advies van 31 mei 2018 heeft het Zorginstituut medegedeeld dat de nagekomen reactie van de ziektekostenverzekeraar niet leidt tot een ander standpunt. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

 **Conclusie**


- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.


- 9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.

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

 Zeist, 6 juni 2018,

 J.A.M. Strens-Meulemeester