



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : Verenigd Koninkrijk, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ), opname en
behandeling

Zaaknummer : 201601690

Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.12 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (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 Supertop 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailberichten van 23 en 24 april 2015 verzocht om toestemming voor opname en behandeling vanaf 18 maart 2015 in de kliniek Khiron House te Oxfordshire, Verenigd Koninkrijk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven voor een periode van acht (weken), dat wil zeggen tot en met 13 mei 2015.

3.2. Vervolgens is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een verzoek tot vergoeding van de kosten van verlenging van de opname en behandeling tot 30 juli 2015 in voormelde kliniek ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek bij brief van 5 augustus 2015 afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Verzoekster heeft zich op 17 juli 2016 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 28 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 16 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017008130) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat verzoekster een indicatie had voor verlenging van de opname. Daarnaast blijkt niet dat verzoekster Mindfulness Based Cognitive Therapy heeft ondergaan. Andere behandelingen met mindfulness voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook yoga, meditatie, Tai Chi en equithérapie voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling die verzoekster heeft ondergaan is daarom geen verzekerde zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft op 30 mei 2017, voorafgaand aan de hoorzitting, een schriftelijke reactie gegeven naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut. Hierbij heeft zij het intakeformulier van 22 januari 2015 gevoegd, alsmede de brief van de psychiater van 14 april 2015, de verwijfsbrief, het behandelplan en de aanvraag. Afschriften hiervan zijn op 30 mei 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 8 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 juni 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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. Verzoekster is bekend met ernstige depressie(s) en PTSS. Zij is van Amerikaanse komaf en beheerst slechts de Engelse en Spaanse taal. Het Nederlands is zij niet machtig. Voor de behandeling van de problematiek van verzoekster is gezocht naar een kliniek waar zij snel terecht kon en waar de taal geen probleem vormde. Uiteindelijk is uitgekomen bij de kliniek Khiron House in het Verenigd Koninkrijk. Verzoekster heeft alhier van 18 maart 2015 tot en met 30 juli 2015 verbleven. De ziektekostenverzekeraar heeft een akkoordverklaring gegeven voor maximaal acht weken, dat wil zeggen tot en met 13 mei 2015. Indien verlenging noodzakelijk was, diende hiertoe een verzoek te worden ingediend, aldus de akkoordverklaring. Het verzoek tot verlenging is gedaan

op 22 juli 2015. Het voortgangs- en evaluatieverslag waren bijgevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft het verlengingsverzoek afgewezen om de volgende redenen: (i) voor een deel van de behandeling bestaat geen/onvoldoende wetenschappelijk bewijs, (ii) de zorg is niet doelmatig, en (iii) een evaluatie- en voortgangsverslag van de behandelaar ontbreekt. Verzoekster wenst alsnog vergoeding van de kosten van de gehele opname en behandeling in Khiron House en voert hiertoe het volgende aan.

- 4.2. Verzoekster stelt in de eerste plaats dat met de akkoordverklaring - voor de initiële opname - het gerechtvaardigd vertrouwen is gewekt dat de opname en behandeling voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ná de akkoordverklaring zijn geen nieuwe inzichten in de wetenschap en/of praktijk ontstaan waaruit kan worden afgeleid dat de behandeling niet doelmatig of effectief is. Daarom mag ervan worden uitgegaan dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' (in combinatie met noodzaak en doelmatigheid) leidend en doorslaggevend was voor de beoordeling die heeft geleid tot de akkoordverklaring. Van een andere grondslag is bovendien niet gebleken uit de akkoordverklaring.
- Voor zover toch ter discussie staat of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een onjuiste invulling aan dit criterium geeft. Er bestaat wel degelijk wetenschappelijk bewijs voor de toegepaste behandelmethodes. Verzoekster verwijst in dit kader naar wetenschappelijke studies die in peer-reviewed tijdschriften met behoorlijke impact factors zijn gepubliceerd. De ziektekostenverzekeraar is hierop niet ingegaan. Daarnaast geldt dat ook moet worden gekeken naar de (internationale) praktijk. Verzoekster stelt dat de gevolgde behandelmethodes wereldwijd worden toegepast in gerenommeerde klinieken en ziekenhuizen. Daarom heeft te gelden dat de onderhavige behandeling voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster wijst op het arrest van het Hof Amsterdam van 11 december 2012 (ECLI:NL:GHAMS:2012:BY6499) waarin is overwogen dat de internationale stand van de wetenschap en praktijk als maatstaf dient te worden gehanteerd.
- Voorts stelt verzoekster dat de onderhavige zorg voldoet aan het vereiste van noodzakelijkheid en doelmatigheid. Dit blijkt ten eerste uit het feit dat zij geen terugval heeft gehad na ontslag uit de kliniek. Ten tweede blijkt uit het evaluatie- en voortgangsverslag van de behandelaar (van 17 juli 2015) de noodzaak van voortzetting van de behandeling. Dit verslag wordt ondersteund door evidence based onderzoek. Uit een standpunt van het Zorginstituut volgt dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is dat mindfulness-therapie werkt bij mensen die drie of meer depressies hebben doorgemaakt, zodat deze therapie voor die groep patiënten voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster heeft als volwassene verschillende depressies gehad, zodat de onderhavige zorg noodzakelijk en doelmatig was. Aan de ziektekostenverzekeraar is de suggestie gedaan de behandelend psychiater (in Nederland) te consulteren over de vraag of verlenging van de opname wenselijk was, maar hieraan is geen gehoor gegeven. Het is verzoekster niet duidelijk waarom de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de behandelduur beter kan inschatten dan haar behandelend psychiater. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar ook bij het initiële verzoek om toestemming niet bij de psychiater geïnformeerd naar de wenselijke duur van opname. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat voortzetting van de behandeling niet doelmatig was, is dan ook onbegrijpelijk. Bovendien kan verzoekster niet worden tegengeworpen dat onvoldoende informatie is ingestuurd om een beslissing te kunnen nemen over de voortzetting van de behandeling, aangezien een voortgangsverslag - desgevraagd - is overgelegd, én niet is gevraagd om een toelichting van de behandelaar over de noodzaak en doelmatigheid van voortzetting van de behandeling. Het is onjuist dat geen informatie van de behandelaar is ontvangen over de keuze om klinisch te blijven behandelen tot en met 30 juli 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft nog gesteld dat het verlengingsverzoek, en daarmee het evaluatie- en voortgangsverslag, voor 13 mei 2015 had moeten worden ingediend. Deze deadline is echter pas in de fase van bemiddeling voor het eerst genoemd en is bovendien onredelijk gelet op de toestand van verzoekster.
- Verzoekster stelt dat de gang van zaken buitengewoon frustrerend voor haar is geweest, niet alleen vanwege de uitkomst, maar ook vanwege de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. Het gewekte vertrouwen, het bewijs ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk, en het evaluatie- en voortgangsverslag bevestigen de doelmatigheid van de voortgezette opname en behandeling.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling in Khiron House voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit volgt impliciet ook uit de door de ziektekostenverzekeraar verleende goedkeuring voor het eerste gedeelte van de behandeling. Daarnaast was voldoende informatie beschikbaar om ook de verleningsaanvraag te beoordelen. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen gevraagd om een voortgangs- en evaluatieverslag. Indien de ziektekostenverzekeraar meer informatie nodig had, had hij hierom kunnen vragen. Uit het behandelplan blijkt dat verzoekster mindfulness- en MBCT-behandelingen heeft ondergaan. Voorts blijkt hieruit waarom verlenging van de klinische behandeling noodzakelijk was, en waarom niet met ambulante zorg kon worden volstaan. De ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut motiveren niet althans onvoldoende waarom de vereiste noodzaak niet uit de stukken blijkt. Volgens het Zorginstituut zijn er geen aanwijzingen dat yoga, meditatie en tai chi evidence based interventies zijn bij depressies en PTSS. Uit een aantal studies en praktijkklinieken, waarnaar verzoekster heeft verwezen in het verzoek om heroverweging, is echter gebleken dat voornoemde interventies wel degelijk positieve effecten hebben, in ieder geval bij depressies. Uit de positieve effecten van deze behandeltechnieken op het welbevinden kan worden afgeleid dat dit ook geldt bij PTSS. De ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut hebben onvoldoende gemotiveerd waarom deze studies en praktijkklinieken deze positieve effecten niet laten zien.
- 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. In de verzekeringsvoorwaarden is omschreven welke zorg is verzekerd en onder welke voorwaarden die zorg voor vergoeding in aanmerking komt. De verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op wet- en regelgeving (artikel A.2.4. van de voorwaarden).
De algemene voorwaarden voor vergoeding zijn:
- de inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
- de verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Deze voorwaarden zijn vastgelegd in artikel 2.1, tweede en derde lid, Bzv en ook als zodanig opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, namelijk in artikel A.3.2. Hierin is vermeld dat de zorg enerzijds dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en anderzijds doelmatig moet zijn. De verzekerde moet hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen bij de betreffende indicatie. Zo moet er onder meer een medische indicatie voor de zorg zijn.
Artikel B.19. van de zorgverzekering betreft geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
- 5.2. Verzoekster verbleef vanaf 18 maart 2015 in de kliniek Khiron House in het Verenigd Koninkrijk. Aan haar is een akkoordverklaring afgegeven voor maximaal acht weken opname en behandeling aldaar, oftewel tot en met 13 mei 2015. Vervolgens is op 22 juli 2015 namens verzoekster verzocht om verlenging van de periode tot en met 30 juli 2015.
De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of de onderhavige behandeling voldoende wordt ondersteund door de medische literatuur en praktijk. Bij de beantwoording van de vraag of voortzetting van de klinische behandeling in Khiron House bij de indicatie van verzoekster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is aangesloten bij de in de medische wereld gangbare werkwijze, waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence based medicine'. Anders dan verzoekster meent, geeft de ziektekostenverzekeraar hiermee geen beperkte of onjuiste invulling aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Op basis van onder meer standpunten van het Zorginstituut is beoordeeld of de interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en, indien dit het geval is, deze behoren tot het verzekerde pakket. Uit de beoordeling van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar komt het volgende naar voren.

Verzoekster heeft een akkoordverklaring ontvangen voor klinische behandeling in het Verenigd Koninkrijk voor maximaal acht weken. Voor een eventuele verlenging van de opname en behandeling was een evaluatieverslag vereist, hetgeen duidelijk kenbaar is gemaakt aan verzoekster. Op basis van een evaluatieverslag wordt een inschatting gemaakt of klinische behandeling (nog) noodzakelijk is of dat de behandeling verder ambulant kan plaatsvinden. Het is aan de behandelend arts om dit aan te tonen. Het evaluatieverslag had vóór 13 mei 2015 moeten worden ingediend. Echter, het evaluatieverslag is op 17 juli 2015 opgesteld en de ziektekostenverzekeraar heeft dit pas op 22 juli 2015 ontvangen.

De initiële akkoordverklaring voor acht weken opname in Khiron House is afgegeven op basis van de ernst van de toestand van verzoekster op dat moment en de taalproblematiek. Gelet op deze aspecten is voorbij gegaan aan het feit dat een groot deel van de behandeling in Khiron House geen verzekerde zorg betreft. Onder meer mindfulness, meditatie, yoga, equine therapie en Tai Chi vallen niet onder de zorgverzekering, aangezien deze interventies niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het is niet wetenschappelijk aangetoond dat dit effectieve behandelmethoden zijn bij een ernstige depressie en PTSS.

Het Zorginstituut heeft bepaald dat alleen bij een derde en volgende, recidiverende depressie, mindfulness based cognitieve gedragstherapie (MBCT) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve alleen dan behoort tot het verzekerde pakket. Voor mindfulness based stress reduction (MBSR) is volgens het Zorginstituut niet aangetoond dat dit evidence based is. Zodoende is dit geen verzekerde zorg.

Bij verzoekster is niet gebleken van een derde, recidiverende depressie. Bovendien is MBCT bedoeld als een terugvalpreventie interventie. Een ernstige depressie klinisch behandelen met mindfulness is onvoldoende en niet doelmatig. Dit is geen volwaardige behandeling voor deze indicatie.

Verder is equine therapie bij de behandeling van depressie geen evidence based interventie.

Een medisch wetenschappelijke publicatie hieromtrent is niet gevonden. Tevens is geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van equine therapie bij de behandeling van PTSS.

Voor PTSS zijn EMDR en cognitieve gedragstherapie de voorkeursinterventies. Ook voor de behandeling van een depressie is cognitieve gedragstherapie een prima en evidence based interventie. Er is dan ook geen noodzaak voor het inzetten van interventies waarvan de effectiviteit niet is aangetoond.

Yoga en Tai Chi zijn geen evidence based interventies bij depressie en PTSS.

De ziektekostenverzekeraar licht toe dat het doel van de initiële akkoordverklaring was om verzoekster de mogelijkheid te bieden met acht weken behandeling haar situatie dusdanig te stabiliseren dat daarna geen klinische behandeling meer nodig zou zijn en zij verder ambulant zou kunnen worden behandeld. Dit is een coulante beslissing geweest, aangezien in het geheel niet vaststaat dat klinische behandeling noodzakelijk was in het geval van verzoekster.

5.3. Met betrekking tot de doelmatigheid geldt het volgende.

Als DSM IV classificatie is aangegeven een depressieve stoornis NAO (om PTSS en een bipolaire stoornis uit te sluiten) en verder alleen huwelijksproblemen. In het behandelverslag van de psychiater van januari 2015 is ook vermeld: "*imponiert niet direct als ernstig depressief, vermeldt wel vele depressieve verschijnselen*". De GAF-score was 55. In het algemeen wordt pas bij een GAF-score van 45 of lager gesproken over een ernstige depressie. Dit houdt in: matige symptomen óf matige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school. Gelet hierop is de oorspronkelijke aanvraag voor klinische opname, als gezegd, coulant beoordeeld, en bovendien is expliciet aangegeven dat een evaluatieverslag vereist was voor de beoordeling van een eventuele verlenging.

De klinische behandeling van verzoekster heeft totaal 4,5 maand geduurd. Dit is niet te beschouwen als doelmatige zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft een verslag van 17 juli 2015 van Khiron House ontvangen en daaruit blijkt onvoldoende wat de resultaten van de behandeling tot dusver waren en wat de toestand van verzoekster op dat moment was. Zodoende is geen noodzaak aangetoond voor voortzetting van de opname na acht weken, noch gemotiveerd waarom niet kon worden overgegaan op ambulante therapie.

Contact opnemen met de behandelend psychiater van verzoekster in Nederland is niet relevant geacht voor de beoordeling van de doelmatigheid van de voortzetting van de behandeling in het Verenigd Koninkrijk tot en met 30 juli 2015. Daarvoor was een goede rapportage van de

behandelaar ter plaatse van belang. Die besloot immers tot voortzetting van 'zijn' klinische behandeling. Overigens is bij de beoordeling van de initiële aanvraag wel rekening gehouden met de informatie die door de behandelend psychiater van verzoekster (in Nederland) is aangeleverd. In het evaluatieverslag van 17 juli 2015 is in hoofdzaak uitgelegd hoe het behandelprogramma eruit ziet. Met betrekking tot de noodzaak van verdere klinische behandeling wordt enkel gesteld dat als verzoekster binnen één of twee maanden nadat zij nog steeds in de stabilisatiefase verkeerde was ontslagen, het gevaar zou bestaan dat zij niet adequaat zou zijn behandeld. Dit is echter bij elke afsluiting van een behandeling het geval.

De onderhavige zorg kan niet worden aangemerkt als doelmatig nu geen medische noodzaak is aangetoond voor verlenging van de klinische behandeling. Het is niet duidelijk waarom niet kon worden volstaan met ambulante behandeling na het verstrijken van de termijn van acht weken opname. Daarbij heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar nog opgemerkt dat een opname van acht weken al een aanzienlijke periode is.

De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster de volledige opname en behandeling vergoed wil zien, maar hiertoe kan niet worden overgegaan aangezien deze zorg niet voldoet aan de voorwaarden.

Verzoekster verwijt de ziektekostenverzekeraar dat achteraf motiveringen voor eerdere beslissingen zijn bedacht. Dit is uitdrukkelijk niet het geval. Steeds is getoetst of de aangevraagde zorg aan de voorwaarden voldoet. Bij de eerste aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar zich coulant opgesteld hoewel er toch al gerede twijfel bestond over de aanwezigheid van een indicatie. De spelregels zijn gaandeweg niet aangepast. Deze zijn vastgelegd in de voorwaarden en gedurende de hele periode gelijk gebleven en ook nageleefd. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat verzoekster hiertegen stelling neemt. Zijn beslissing is inhoudelijk juist, voldoende gemotiveerd en op zorgvuldige wijze tot stand gekomen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de verlengingsaanvraag los moet worden gezien van de eerste aanvraag. Ten tijde van de verlengingsaanvraag was verzoekster immers al acht weken onder behandeling. Als verzoekster meer informatie had willen opsturen, lag het op haar weg hiervoor zorg te dragen. De overgelegde verklaring van de psychiater is niet relevant, aangezien hij niet betrokken was bij de behandeling. Destijds bestond er voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding om meer informatie op te vragen; het dossier was compleet.

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 A.22. 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.19. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Het Reglement GGZ is onderdeel van deze voorwaarden. In het Reglement wordt de Geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

(...)

B.19.3. Gespecialiseerde GGZ met opname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

De voorwaarden zoals benoemd bij art. B.19.2 en het reglement GGZ zijn eveneens van toepassing bij gespecialiseerde GGZ met opname.

Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op gespecialiseerde GGZ vallend onder de Zorgverzekeringswet (ZVW), waarbij een verlenging van de tijdsduur van de opname mogelijk is op basis van de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

De maximale tijdsduur van de zorg is omschreven in het reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

De voorwaarden met betrekking tot zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling (voorschrift) en zorgadvies en akkoordverklaring staan vermeld in het Reglement GGZ.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- *in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis voor zorg onder de ZVW);*
- *in een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de ZVW en/of de WLZ."*

- 8.4. Artikel A.3. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- *de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en*

(...)

- *u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.

(...)"

- 8.5. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

**B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland
Zorg: waar hebt u recht op?**

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

(...)

**B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont
Zorg: waar hebt u recht op?**

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.6. De artikelen A.3., B.2. en B.19.3. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.12 Bzv. Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. 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.
- 8.8. 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.

8.9. Artikel D.7. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve zorg en psychosociale zorg en luidt, voor zover hier van belang:

*"D.7.1. Alternatieve en psychosociale behandelingen
Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.
Zorg: waar hebt u recht op?
Wij vergoeden:
a. behandelingen op basis van alternatieve geneeswijzen;
b. psychosociale behandelingen.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.*

Let op!

*- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C. 10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
o zorg (behandelingen en consulten) die valt onder uw zorgverzekering, AWBZ, Wlz, Wmo of onder een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor dat andere artikel verzekerd bent of dat u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt. U kunt niet kiezen onder welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed. Pas als is vastgesteld dat zorg niet onder uw zorgverzekering, AWBZ, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg als alternatieve zorg voor vergoeding in aanmerking komt;
o experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
(...)
o ontspanningsoefeningen zoals yoga, Qigong en Thai Chi en behandelingen gericht op ontspanning zoals massagetherapie;
(...)*

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

(...)

- De psychosociale behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut psychosociale zorg of een arts psychosociale zorg:

*o die als lid is ingeschreven bij een door ons erkende beroepsvereniging voor psychosociale zorg;
of*

o die is opgenomen in een door ons erkend register voor psychosociale zorg.

Een lijst met door ons erkende, beroepsverenigingen is te vinden op onze internetsite.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

(...)"

8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de

wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster wenst van de ziektekostenverzekeraar (volledige) vergoeding te ontvangen van de kosten van opname en behandeling in een GGZ-kliniek in het Verenigd Koninkrijk, een andere EU-lidstaat. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster, althans haar echtgenoot namens haar, heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor de opname en behandeling. Dit verzoek dateert echter van 23 maart 2015 en verzoekster was toen reeds opgenomen in de kliniek. Zij verbleef daar namelijk vanaf 18 maart 2015. Hiermee is de situatie gelijk te stellen aan die waarin in het geheel geen toestemming is gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in dat geval buiten toepassing. Derhalve dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Gelet op de door partijen ingenomen standpunten, dient als eerste de vraag worden beantwoord of de onderhavige opname en behandeling bij de indicaties (ernstige) depressie en PTSS voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, als bedoeld in artikel A.3. van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde interventie bij de indicatie waarvoor de interventie in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de

GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de onderhavige opname en behandeling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 13 maart 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg bij de indicaties (ernstige) depressie en PTSS niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de opname en behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. Gezien het vorenoverwogene wordt niet toegekomen aan de vraag naar de doelmatigheid en medische noodzaak van de zorg.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Op grond van artikel D.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve zorg en psychosociale zorg. Ontspanningsoefeningen zoals yoga en tai chi zijn in dit artikel evenwel uitgesloten van vergoeding. Daarnaast voldoet de zorgverlener niet aan de gestelde voorwaarden.

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar door het afgeven van een akkoordverklaring voor het eerste deel van de opname en behandeling, het vertrouwen heeft gewekt dat sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering, en dat hierop niet kan worden teruggekomen. Volgens haar dienen de kosten van de gehele behandeling daarom te worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. Volgens hem zijn de verzekeringsvoorwaarden steeds in acht genomen en is enkel bij de primaire beslissing coulant gehandeld, aangezien toen reeds gerede twijfel bestond over de indicatie voor de zorg. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.9. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 mei 2015 een akkoordverklaring afgegeven. In de eerste plaats merkt de commissie op dat geruime tijd zit tussen de aanvraag van (de echtgenoot van) verzoekster en de afgifte van deze akkoordverklaring. De aanvraag dateert namelijk van 23 maart 2015. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar pas na ruim twee maanden een beslissing heeft kunnen nemen op deze aanvraag. Bovendien is in de akkoordverklaring vermeld dat deze "*geldig [is] voor een periode van maximaal 8*". Naar de commissie begrijpt, doelt de ziektekostenverzekeraar hiermee op acht weken. Op 26 mei 2015 was deze termijn van acht weken reeds verstreken, aangezien verzoekster vanaf 18 maart 2015 in de kliniek was opgenomen. De echtgenoot van verzoekster heeft in de aanvraag van 23 maart 2015 vermeld dat zij vanaf 18 maart 2015 was opgenomen in de kliniek en dat "*ze verwacht daar twee tot drie maanden te verblijven*". Het is de commissie niet duidelijk waarop de ziektekostenverzekeraar de door hem geaccordeerde termijn van acht weken heeft gebaseerd. In de rede lag op kortere termijn tot een beslissing te komen, daarbij in ogenschouw nemend dat verzoekster reeds was opgenomen en werd behandeld, en bovendien navraag te doen naar het verloop en de verwachte duur van de behandeling. Hiervan is de commissie echter in het geheel niet gebleken. Voorts is in de akkoordverklaring van 26 mei 2015 het volgende vermeld: "*(...) In uw polis is bepaald dat u gebruik kunt maken van niet-gecontracteerde zorg. Voorwaarde is wel dat sprake is van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden en van zorg zoals deze in uw polis is opgenomen.* **Vergoeding** *Op grond van de verzekeringsvoorwaarden vergoeden wij u maximaal € 142,21 per dag. Deze akkoordverklaring is geldig voor een periode van maximaal 8.* **Eigen risico** *Het eigen*

*risico is het bedrag dat u zelf moet betalen voordat u een vergoeding krijgt uit de basisverzekering. (...) **Vervolgbehandeling** Als vervolgbehandeling noodzakelijk is dan moet dit bij ons worden aangevraagd. Voor de beoordeling van een verlenging willen wij graag een uitgebreid evaluatie- en voortgangsverslag ontvangen. (...)"* Volgens de ziektekostenverzekeraar is deze primaire beslissing uit coulance gedaan, omdat op dat moment al gerede twijfel bestond over de indicatie voor de zorg. Thans wordt door hem gesteld dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dat de medische noodzaak ervan niet is aangetoond en dat de zorg niet doelmatig is. Dit alles is echter geenszins af te leiden uit de afgegeven akkoordverklaring. Uit de bewoordingen van de akkoordverklaring blijkt onmiskenbaar dat voor de zorg in het Verenigd Koninkrijk een vergoeding ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst bij brief van 5 augustus 2015, zijnde de beslissing op de verlengingsaanvraag, aan verzoekster medegedeeld dat niet wordt voldaan aan de voorwaarde uit artikel A.3.2. van de zorgverzekering, en dat om die reden de opname en behandeling niet worden vergoed. Vervolgens is door verzoekster een klachtprocedure gestart en hebben zij en de ziektekostenverzekeraar discussie gevoerd over het al dan niet voldoen aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat sprake is van onzorgvuldige besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar. Door afgifte van de akkoordverklaring is de indruk gewekt dat de onderhavige zorg een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering. Hierop kan niet zonder meer achteraf worden teruggekomen. Het zelfde geldt voor de indicatie en de doelmatigheid. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar door afgifte van de akkoordverklaring bij haar het vertrouwen heeft gewekt dat de opname en behandeling voldoen aan de voorwaarden en daarmee voor - volledige - vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, treft dan ook doel.

Daarbij merkt de commissie nog op dat de opmerking van de ziektekostenverzekeraar in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 31 augustus 2016, te weten dat het voor de eventuele verlenging benodigde evaluatieverslag vóór 13 mei 2015 had moeten worden ingediend, onnavolgbaar is. De primaire beslissing dateert immers van 26 mei 2015, zodat die voorwaarde niet eerder dan op die datum bij verzoekster bekend kon zijn en het ook dan voor haar feitelijk onmogelijk was hieraan te voldoen.

Geconcludeerd wordt derhalve dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de gehele opname en behandeling in de kliniek in het Verenigd Koninkrijk, evenwel met inachtneming van het maximum van € 142,21 per dag.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 9.9 is overwogen.
- 9.11. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.9 is overwogen.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 5 juli 2017,

P.J.J. Vonk