



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Thuiszorg, akte van cessie, rechtstreeks declareren

Zaaknummer : 201700771

Zittingsdatum : 13 september 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 6:248 BW)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
- 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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend 3 sterren 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). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgaanbieder van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van thuiszorg rechtstreeks te mogen declareren (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 7 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. De zorgaanbieder van verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd op zijn afwijzende beslissing terug te komen. Bij e-mailbericht van 12 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 18 april 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.4. De commissie heeft de gemachtigde van verzoekster, die tevens haar zorgaanbieder is, bij brief van 4 mei 2017 medegedeeld dat uit het dossier lijkt te volgen dat het een geschil tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar betreft, en dat de commissie te dien aanzien niet bevoegd is. Daarnaast heeft nog geen heroverweging naar aanleiding van een verzoek hiertoe van verzoekster plaatsgevonden.
- In reactie hierop heeft de zorgaanbieder de commissie telefonisch medegedeeld dat rechtstreeks is gedeclareerd op basis van een akte van cessie, die evenwel door de ziektekostenverzekeraar

niet wordt geaccepteerd. De zorgaanbieder heeft de ziektekostenverzekeraar namens verzoekster verzocht om heroverweging van het cessieverbod. Bij e-mailbericht van 12 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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 2 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2017 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

3.9. Verzoekster is op 13 september 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster ontvangt persoonlijke verzorging en verpleging ten laste van de zorgverzekering. Vanaf 1 maart 2017 neemt zij deze zorg af bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, omdat zij niet tevreden was over de zorg die werd geleverd door de gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster woont samen met haar zoon. Zij zijn niet in staat zelf zorg te dragen voor de betaling van de nota's van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft daarom haar vordering op de ziektekostenverzekeraar door middel van een akte van cessie overgedragen aan deze zorgaanbieder.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd de nota's, waarop de akte van cessie ziet, in behandeling te nemen. Hij beroept zich hierbij op het cessieverbod zoals dit is opgenomen in de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. De rechter heeft evenwel in een vergelijkbare zaak de betrokken verzekeraar verboden een beroep te doen op het cessieverbod (ECLI:NL:RBGEL:2015:5489). Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op deze uitspraak, maar hij blijft de akte van cessie weigeren.

4.3. Ter zitting is aangevoerd dat verzoekster dementerend is en samenwoont met haar zoon, die werkt bij een sociale werkplaats. Beiden ontvingen eerder zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder, waarover zij niet tevreden waren. Daarop zijn zij overgegaan naar de huidige zorgaanbieder. Deze heeft geprobeerd een (betaal)overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar te sluiten, maar dit bleek niet mogelijk. De zoon van verzoekster is belast met het voldoen van de rekeningen, maar wordt hier erg nerveus van.

De situatie van verzoekster en haar zoon is vergelijkbaar met die waarop de uitspraak van de voorzieningenrechter van 28 augustus 2015 (ECLI:NL:RBGEL:2015:5489) ziet, in welke zaak ging om een belangenafweging. De belangen van Momentum en de verzekerden kwamen in het gedrang, omdat Menzis een beroep deed op het in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen cessieverbod. De verzekerden waren kwetsbare patiënten met psychische problemen. De

overdracht van de vorderingen vormde een eenvoudige en doeltreffende manier om de vergoeding voor de verleende zorg te innen. In dit geval zijn de belangen van verzoekster en haar zoon bij de akte van cessie zijn groter dan het belang dat de ziektekostenverzekeraar heeft bij het cessieverbod.

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. Verzoekster is verzekerd op basis van een naturaverzekering. Bij het afsluiten van deze verzekering heeft zij ervoor gekozen in beginsel de benodigde zorg te betrekken bij door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.

De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgaanbieder van verzoekster niet gecontracteerd. In geval van niet-gecontracteerde zorg dient betrokkene de nota's van de zorgaanbieder zelf te voldoen. De zorgaanbieder heeft dus geen recht op rechtstreekse betaling van de zorg door de ziektekostenverzekeraar, en dient hiervoor verzoekster aan te spreken.

5.2. De nota's van maart en april 2017 van de zorgaanbieder zijn vergoed conform het overzicht 'Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Wijkverpleging 2017'. De vergoeding bedraagt 75 percent van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij gecontracteerde zorgaanbieders. Uit voornoemd overzicht volgt dat voor persoonlijke verzorging (verrichtingscode 1000) bij een naturaverzekering de vergoeding € 2,75 per vijf minuten bedraagt. De vergoeding voor maart 2017 bedraagt 165 eenheden (13,75 uren x 60 minuten gedeeld door 5 minuten) x € 2,75 = € 453,75. In het declaratieoverzicht van 14 april 2017 is deze vergoeding verwerkt. Van de nota van april 2017 is € 280,53 vergoed. Het gaat hierbij om 102 eenheden (8,50 uren x 60 minuten gedeeld door 5 minuten) x € 2,75. In het declaratieoverzicht van 9 mei 2017 is deze vergoeding verwerkt.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn polisvoorwaarden een cessieverbod opgenomen. Het overdragen van vorderingen is derhalve uitgesloten. Verzoekster mocht haar vordering op de ziektekostenverzekeraar dan ook niet overdragen aan de zorgaanbieder. Op grond hiervan ontbreekt de juridische grondslag om de vergoeding rechtstreeks aan de zorgaanbieder te betalen. Ingevolge artikel 3:83, tweede lid, BW kan de overdraagbaarheid van vorderingsrechten door een beding tussen schuldeiser en schuldenaar worden uitgesloten. Uit de toelichting op dit artikel blijkt dat partijen in beginsel de vrijheid hebben om bij overeenkomst de inhoud en de grenzen van het vorderingsrecht zelf te bepalen, en dus ook de overdraagbaarheid ervan. Als de vordering niet-overdraagbaar is, geldt dit ook ten opzichte van derden. Zij hebben de vordering te nemen zoals deze is, dus inclusief het kenmerk van de niet-overdraagbaarheid. In de wet is niet bepaald dat het recht van niet-overdraagbaarheid niet geldt voor zorgverzekeraars en dat zij derhalve geen cessieverbod in de verzekeringsovereenkomst mogen opnemen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gebruik gemaakt van zijn recht om in de verzekeringsovereenkomst een cessieverbod op de nemen. In de polisvoorwaarden is uitdrukkelijk bepaald dat een verzekerde een vorderingsrecht op de ziektekostenverzekeraar niet kan overdragen aan een derde. Het cessieverbod heeft naast verbintenisrechtelijke werking ook goederenrechtelijke werking. Een handeling in strijd met dit beding levert derhalve niet alleen een tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst door de verzekerde op, maar leidt bovendien niet tot een geldige overdracht van die vordering aan de derde. Dit volgt ook uit het arrest van de Hoge Raad van 17 januari 2003 (ECLI:NL:HR:2003:AF0168, NJ 2004/281). De ziektekostenverzekeraar heeft beoogd sterke werking aan zijn cessieverbod te geven; dit volgt uit de bewoordingen van dit verbod in de verzekeringsvoorwaarden. Dat partijen het recht hebben de overdraagbaarheid van een vordering in een overeenkomst uit te sluiten en daaraan ook uitvoering te geven, is uitgesproken door de voorzieningenrechter van de Rechtbank Gelderland in zijn vonnis van 28 augustus 2015 (ECLI:NL:RBGEL:2015:5489). In rechtsoverweging 4.4 van dit vonnis is in dit verband door de voorzieningenrechter het volgende overwogen: "Voorop staat dat de overdraagbaarheid van een vorderingsrecht door een beding

tussen schuldeiser en schuldenaar kan worden uitgesloten (art 3:83, lid 2 BW). Het staat Menzis in beginsel dan ook vrij een dergelijk beding met verzekerden overeen te komen en daaraan uitvoering te geven".

Dat een cessieverbod in de polisvoorwaarden is toegestaan volgt verder uit het vonnis van de Rechtbank Gelderland van 30 juni 2014 (ECLI:NL:RBGEL:2014:4013) en het arrest van het Gerechtshof Den Haag van 26 mei 2015 (ECLI:NL:GHDHA:2015:1368) waarin een cessieverbod van een zorgverzekeraar stand hield. Het cassatieberoep dat de betreffende zorgaanbieder tegen dit arrest heeft ingesteld is op 20 oktober 2016 door de Hoge Raad verworpen (ECLI:NL:HR:2016:2451). Tot slot volgt het voorgaande uit het vonnis in kort geding van de rechtbank Midden Nederland (ECLI:NL:RBMNE:2017:3527) en de arresten in kort geding van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 18 juli 2017.

Ondanks dat de zorgverzekeraar volgens voornoemde voorzieningenrechter (ECLI:NL:RBGEL:2015:5489) het recht heeft een cessieverbod in zijn polisvoorwaarden op te nemen en daaraan uitvoering te geven, is door deze voorzieningenrechter vervolgens overwogen dat het de zorgverzekeraar niet vrij stond daarbij de belangen van de zorgaanbieder te verwaarlozen.

Volgens de voorzieningenrechter diende voor het antwoord op de vraag of de zorgverzekeraar onrechtmatig jegens de zorgaanbieder handelt, een afweging te worden gemaakt tussen enerzijds de belangen die met het hanteren van het cessieverbod zijn gemoeid en anderzijds de belangen die daardoor worden geschaad. Deze belangenafweging is vervolgens in het voordeel van de zorgaanbieder uitgevallen.

Los van het feit dat de ziektekostenverzekeraar geen partij is geweest in voornoemde procedure en hij reeds op grond hiervan niet is gebonden aan deze uitspraak, heeft naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar de voorzieningenrechter ten onrechte overwogen dat de zorgverzekeraar in casu geen beroep toekwam op het cessieverbod in zijn polisvoorwaarden omdat dit strijdig was met de gerechtvaardigde belangen van de zorgaanbieder.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de voorwaarden van de zorgverzekering een cessieverbod kennen, dat is opgenomen in artikel 5.4. Na de rechterlijke uitspraak waarnaar door verzoekster wordt verwezen, zijn diverse andere uitspraken gedaan, waaruit blijkt dat een cessieverbod in de voorwaarden mag worden opgenomen.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar zich jegens verzoekster succesvol kan beroepen op het in de algemene voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen cessieverbod.

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 artikelen 1 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

*U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.
(...)"*

- 8.4. In artikel 5.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? (...)

De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen."

- 8.5. De artikelen 5.4 van de algemene voorwaarden en 28 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, 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.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling inzake de aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geding dat verzoekster aanspraak heeft op de verleende thuiszorg. De hoogte van de vergoeding is evenmin in geschil. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is (i) of verzoekster haar vordering op de ziektekostenverzekeraar mocht cederen aan de zorgaanbieder die de thuiszorg heeft verleend, en in het verlengde hiervan (ii) of de zorgaanbieder de nota's rechtstreeks mag declareren bij de ziektekostenverzekeraar, en tot slot (iii) of de ziektekostenverzekeraar door de cessie is gehouden de vergoeding rechtstreeks over te maken aan de zorgaanbieder. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Verzoekster heeft een zogenoemde naturapolis, zodat zij in beginsel is aangewezen op zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders die voor deze zorg door de ziektekostenverzekeraar zijn gecontracteerd. Verzoekster heeft om haar moverende redenen ervoor gekozen de zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft op 3 april 2017 een akte van cessie ondertekend, waarmee zij haar vorderingen op de ziektekostenverzekeraar cedeert aan de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar weigert de door de zorgaanbieder rechtstreeks gedeclareerde nota's te vergoeden, omdat in de polisvoorwaarden is bepaald dat vorderingen van verzekerden niet kunnen worden overgedragen aan derden. De zorgaanbieder heeft geen zogeheten betaalovereenkomst gesloten met de ziektekostenverzekeraar op grond waarvan hij zijn declaraties rechtstreeks mag indienen bij de ziektekostenverzekeraar. De zorgaanbieder zou in de onderhavige situatie de nota's aan verzoekster moeten sturen, waarna verzoekster deze ter declaratie kan indienen bij de ziektekostenverzekeraar, en de vergoeding wordt uitgekeerd aan verzoekster. Verzoekster heeft evenwel aangevoerd dat zij noch haar zoon, die bij haar woont, is staat is zorg te dragen voor de betaling van de nota's aan de zorgaanbieder.
- 9.3. Verzoekster heeft zich in dit verband beroepen op de uitspraak van de voorzieningenrechter van 28 augustus 2015 (ECLI:NL:RBGEL:2015:5489) waarin wordt gesteld dat het de betrokken zorgverzekeraar niet is toegestaan een beroep te doen op het in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen cessieverbod. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar verschillende andere rechterlijke uitspraken, waarin is bepaald dat een cessieverbod wèl is toegestaan. De commissie overweegt dat in artikel 5.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde de vordering op de ziektekostenverzekeraar niet kan overdragen aan een derde. Gelet op het gebruik van het woord "*kunt*" in het betreffende artikel heeft het cessieverbod goederenrechtelijke werking, in die zin dat overdracht van de vordering in kwestie zonder goederenrechtelijk effect blijft, dus geen overgang van de vordering bewerkstelligt. Het in de polisvoorwaarden vastgelegde verbod heeft dus ook gevolgen voor derden, zoals hier de zorgaanbieder als cessionaris. Dit wordt bevestigd door de uitspraak van de Rechtbank Den Haag van 31 mei 2017 (ECLI:NL:RBDHA:2017:6045).

Redelijkheid en billijkheid

- 9.4. Op grond van artikel 6:248, tweede lid, BW is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Verzoekster is dementerend en haar, bij haar inwonende zoon is werkzaam op een sociale werkplaats. Beiden zijn niet in staat zorg te dragen voor betaling van de nota's van de zorgaanbieder. Hoewel de commissie begrip heeft voor het feit dat de ziektekostenverzekeraar een cessieverbod hanteert, onder andere met het oog op mogelijke fraude door zorgaanbieders, constateert zij op grond van voornoemde feiten en omstandigheden dat in het specifieke geval van verzoekster het in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen cessieverbod haar in relatie tot deze zorgaanbieder niet kan worden tegengeworpen en dat derhalve het verzoek dient te worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. 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.



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



Zeist, 27 september 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

