



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij ovariumcarcinoom (OVHIPEC), stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201800089

Zittingsdatum : 20 februari 2019

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie





- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Plan Restitutie (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 Royaal 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 eveneens afgesloten aanvullende verzekering T Extra is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van hypertherme intraperitoneale chemotherapie in verband met een ovariumcarcinoom (hierna: OVHIPEC), te ondergaan te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 5 januari 2018 en brief van 18 januari 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 juni 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 juni 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 15 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 januari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018024599) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen als de operatie na 18 januari 2018 heeft plaatsgevonden, en af te wijzen als de operatie vóór die datum is uitgevoerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 januari 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 25 januari 2019 en 1 februari 2019 op het advies gereageerd. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend gynaecologisch oncoloog in heeft op 15 november 2017 over verzoekster verklaard: "(...) Reden van komst: Ovariumcarcinoom. (...) Anamnese: Afgelopen maanden heeft zij toenemende last van de buik en toegenomen buikomvang. In Ziekenhuis (...) is een ascites punctie gedaan waarbij 5 liter ascites is afgelopen. Cytologisch onderzoek liet een adenocarcinoom zien, passend bij een ovariumcarcinoom. Een omentum biopt is ook verricht, waar nog geen uitslag van bekend is. (...) Conclusie: Ovariumcarcinoom stadium 3C, mogelijk stadium IV op basis van parcardiale klieren. Besproken beleid: Neo-adjuvante chemotherapie, gevolgd door intervaldebulking. Zij gaat voor een 2e mening naar (...) voor het bespreken van een eventuele HIPEC behandeling tijdens de intervaldebulking. (...)".
- 4.2. De behandelend gynaecologisch oncoloog in heeft op 11 december 2017 over verzoekster verklaard: "[Verzoekster], geboren (...), is recent gediagnosticeerd met een hoog stadium ovariumcarcinoom waarvoor zij momenteel neo-adjuvante chemotherapie krijgt. Zij komt in aanmerking voor een zogenaamde intervaldebulking. Recent is duidelijk geworden dat indien de intervaldebulking gecombineerd wordt met hypertherme intraperitoneale chemotherapie de kans op overleving met 10% stijgt. Deze resultaten van een recente Europese RCT, gecoördineerd vanuit het Antoni van Leeuwenhoek, zijn nog niet geïmplementeerd in de dagelijkse patiëntenzorg, door het ontbreken van een goedgekeurde vergoeding. Dr. (...) in Gent voert deze operatie gecombineerd met hypertherme intraperitoneale chemotherapie ook uit. Het is volstrekt begrijpelijk dat [verzoekster] deze hypertherme intraperitoneale chemotherapie graag bij haar intervaldebulking toegevoegd ziet, gelet op de grotere kans op een langdurige overleving. Ik ondersteun dan ook haar verzoek voor het vergoeden van deze zogenaamde OVHIPEC-procedure bij dr. (...) in Gent. (...)".
- 4.3. Verzoekster is van mening dat zij recht heeft op de beste behandeling die voor haar ziekte mogelijk is. Haar arts beveelt deze behandeling aan en heeft medegedeeld dat onderzoeksresultaten zullen worden gepubliceerd waaruit volgt dat de behandeling op korte termijn zal gaan behoren tot de verzekerde prestaties ten laste van de zorgverzekering. In België en Duitsland wordt de betreffende behandeling reeds geruime tijd toegepast en behoort deze tot de gangbare zorg in het kader van een ovariumcarcinoom.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 1 februari 2019 heeft verzoekster aan de commissie medegedeeld dat de operatie is uitgevoerd op 23 januari 2018. Dit heeft zij onderbouwd met een verklaring van de behandelend arts in Gent van 29 januari 2019.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat een behandeling enkel kan worden vergoed indien deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiervoor is een voorwaarde dat ten minste twee onafhankelijke randomized controlled trials (RCT's) zijn gepubliceerd met een positief resultaat.
-  5.2. De nieuwe studie waarnaar de behandelend arts in verwijst, betreft weliswaar een zogenoemde RCT, maar deze is nog niet gepubliceerd. De conclusie die de arts uit deze nog niet gepubliceerde studie trekt, namelijk dat de overlevingskans met de OVHIPEC wordt verhoogd met tien percent, is nog te voorbarig. De gepresenteerde resultaten zijn voor een dergelijke conclusie te abstract omschreven. Bovendien lijkt deze studie niet van toepassing op de situatie van verzoekster, omdat uit de medische informatie blijkt dat in haar geval (mogelijk) sprake is van een ovariumcarcinoom in stadium IV. In dat geval is OVHIPEC niet aangewezen.
-  5.3. De ziektekostenverzekeraar moet uitgaan van de vergoedingsmogelijkheden die ten tijde van de aanvraag bestaan. Of deze behandeling wellicht in de toekomst wèl kan worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering, brengt hierin geen verandering.
-  5.4. 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

-  7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

-  8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
-  8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.
-  8.3. Artikel 30 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

a een ziekenhuis;

b een zelfstandig behandelcentrum of

c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

- 8.4. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU

socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;

b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;

c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;*

- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*

- het in geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.*

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)"

- 8.5. Artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt:

"De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.6. De artikelen 1.2 en 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 30 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 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 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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of OVHIPEC in de situatie van verzoekster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' 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 (Population / Patient / Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) 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 OVHIPEC is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 21 januari 2019 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg met ingang van 18 januari 2018 conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

De aanvraag en afwijzing daarvan dateren van vóór 18 januari 2018, zodat het verzoek om toestemming op grond van de verordening destijds terecht is afgewezen. De operatie heeft plaatsgevonden op 23 januari 2018. Op dat moment was - gelet op het voorgaande - sprake van de zorgverzekering. De zorg was ook geïndiceerd, aangezien de behandelend gynaecologisch oncoloog uitging van stadium 3C, en niet van stadium IV, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden verzoekster de kosten van de behandeling te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen ten laste van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen verdere bespreking.

Conclusie

- 9.7. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling met OVHIPEC aan verzoekster moet vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.



9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling met OVHIPEC aan verzoekster moet vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.



10.2. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Zeist, 20 februari 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

