



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, brilintolerantie
Zaaknummer : 201701665
Zittingsdatum : 19 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Uitgebreid en OHRA Gezond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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 OHRA TandEnGaaf 250 is niet in geschil en blijft 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 refractiechirurgie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 24 februari 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).
- 3.5. 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 25 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 8 en 26 juni 2018 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. Bij brief van 28 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018026668) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster weliswaar sprake is van contactlensintolerantie, doch niet van een brilintolerantie. De refractieafwijking van verzoekster kan derhalve worden gecorrigeerd met een bril. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 augustus 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 september 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie besloten verzoekster in de gelegenheid te stellen haar - huidige - oogarts de volgende vragen voor te leggen:
1. Is het juist dat u op dit moment haar behandelend oogarts bent?
 2. Het is ons bekend dat oogartsen voor refractiechirurgie zich conformeren aan de Consensus Refractiechirurgie van de NOG, waarvan de meest recente versie dateert uit 2018. Kunt u aangegeven of u de Consensus onderschrijft?
 3. Uit het dossier komt naar voren (voor zover de commissie dit kan beoordelen) dat [naam verzoekster] niet voldoet aan de dioptrie-eisen zoals gesteld in de Consensus. Zelf heeft zij aangevoerd dat bij haar gesproken kan worden van een uitzonderingssituatie. Wij nemen aan dat hiermee wordt bedoeld op hetgeen is opgenomen in onderdeel 12.4. Bent u van mening dat mevrouw aan de gestelde eisen voor refractiechirurgie voldoet? Of is sprake van een situatie waarin refractiechirurgie aangewezen is, ook al voldoet mevrouw niet (geheel) aan die eisen? Zo ja, kunt u dit standpunt toelichten?
 4. Zijn er voor [naam verzoekster] andere behandeloptie(s) dan refractiechirurgie?
- 3.12. Bij brief van 6 juni 2019 heeft de oogarts van verzoekster de vragen van de commissie beantwoord. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld op de gegeven antwoorden te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 3.13. Bij brief van 8 juli 2019 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 16 juli 2019 de commissie meegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift van dit advies is op 17 juli 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 25 en 27 juli 2019 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“ Op 22 november 2016 heb ik [naam verzoekster] voor een uitgebreid consult in mijn praktijk gezien. [Naam verzoekster] heeft ten gevolge van zeer droge ogen een contactlens intolerantie (zie bijlage). Door de hoge sterkte is mw. niet geschikt voor een laserbehandeling. Tevens heeft mw. dagelijks hoofdpijnklachten door het grote sterkte-verschil. De enige manier om haar probleem adequaat te verhelpen is een refractieve behandeling (implanteren van extra kunstoflens bij faak oog)”*.
- 4.2. Verzoekster is 36 jaar oud en draagt al sinds haar 11e levensjaar contactlenzen. Destijds heeft verzoekster contactlenzen gekregen omdat zij dagelijks te maken had met ondraaglijke hoofdpijn. Deze hoofdpijn werd veroorzaakt door het grote verschil tussen beide ogen, namelijk -3. Sinds verzoekster contactlenzen is gaan dragen, is de hoofdpijn verdwenen. In de loop der jaren is de visus verslechterd naar rechts -8.75 en links -5.75. Verder is verzoekster overgegaan van harde naar zachte lenzen omdat zij vanwege een irritatie van het hoornvlies de harde lenzen niet meer kon verdragen.
- 4.3. Na meerdere zwangerschappen werd duidelijk dat verzoekster ook de zachte lenzen niet meer kon verdragen. Sindsdien is de droogte van verzoeksters ogen extreem. Zij heeft gedurende langere tijd een oogontsteking gehad. Voorts is de dagelijkse hoofdpijn weer terug, waardoor verzoekster 's nachts vaak wakker ligt en op de dag slecht functioneert. Overdag probeert verzoekster een bril te dragen, maar door de hoge sterkte kan zij vanuit haar ooghoeken niets zien, wat met name tijdens het autorijden een gevaar oplevert.
- 4.4. Verder voert verzoekster aan dat zij moet rondkomen van een bijstandsuitkering. Zij kan de kosten van de ingreep dus onmogelijk zelf betalen. Indien geen vergoeding op grond van de wet- en regelgeving mogelijk is, kan door de ziektekostenverzekeraar wellicht uit coulance een tegemoetkoming worden verleend.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij met name hoofdpijnklachten ervaart als zij een bril draagt. Het kost haar dan meer moeite alle beelden te verwerken en scherp te zien. Contactlenzen werken in dit opzicht beter en veroorzaken minder hoofdpijnklachten, maar leiden wel tot ontstekingen van het oog. Onlangs is bij haar 'scleritis' (diepe ooginfectie) vastgesteld, waarop verzoekster heeft besloten niet langer contactlenzen te dragen. Zij heeft een nieuwe bril aangeschaft, mede omdat de cilinderafwijking in het oog was veranderd. Ondanks deze nieuwe bril ervaart verzoekster nog steeds dagelijks hoofdpijnklachten die enkel in rust (met gesloten ogen) afnemen. Inmiddels is verzoekster bij een neuroloog onder behandeling voor haar hoofdpijnklachten. Zij heeft in dit kader al een MRI- onderzoek ondergaan. Een tweede onderzoek staat gepland in oktober 2018.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering bepaalt welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt en onder welke voorwaarden de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten te vergoeden. Zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er dient sprake te zijn van doelmatige zorg en er moet een medische indicatie voor de ingreep bestaan (artikel A.3.2. van de zorgverzekering). Bij de beoordeling of een medische indicatie bestaat voor refractiechirurgie wordt aangesloten bij het rapport 'Consensus Refractiechirurgie' van het NOG. In dit rapport staan indicaties die door de betreffende beroepsgroep worden gezien als medische indicaties voor refractiechirurgie. Refractiechirurgie is pas aangewezen als een refractieprobleem niet op een andere manier te verhelpen is. Ook bij het bestaan van een medische indicatie, zoals een refractieafwijking, kan de

ziektekostenverzekeraar refractiechirurgie slechts vergoeden als de bestaande refractieafwijking onvoldoende door een bril kan worden gecorrigeerd en als sprake is van contactlensintolerantie. Dat wil zeggen dat de verzekerde door medische oorzaken geen contactlenzen kan verdragen.

5.2. Op grond van de Consensus Refractiechirurgie bestaat onder meer aanspraak op refractiechirurgie bij een myopie van meer dan 10 dioptrieën. Een refractieafwijking kan dan niet meer voldoende worden gecorrigeerd met een bril. Daarnaast dient aan de hand van een lijst van objectieveerbare symptomen door een oogarts te worden vastgesteld dat sprake is van een contactlensintolerantie.

5.3. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie volgt dat de refractie bij verzoekster aan het rechteroog -8,25 cilinder 0,75 as 38 en aan het linkeroog -5,25 cilinder -1.00 as 125 bedraagt. Hoewel de ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoekster problemen ervaart bij het dragen van contactlenzen is hij van mening dat, gelet op de aanwezige informatie, de refractieafwijking nog kan worden gecorrigeerd met een bril. Ten aanzien van het verschil tussen beide lenzen (anisometropie) wordt de grens in het consensusdocument gesteld op 4,0 dioptrieën, terwijl dit verschil bij verzoekster 3,75 dioptrieën bedraagt. In het dossier ziet de ziektekostenverzekeraar geen objectieveerbare medische argumenten, op basis waarvan van de criteria zou moeten worden afgeweken. De door verzoekster aangevoerde hoofdpijnklachten zijn niet objectiveerbaar en kunnen door verschillende factoren worden veroorzaakt. Een directe relatie met de correctie van de refractieafwijkingen door middel van een bril is niet aangetoond. Gezien het voorgaande en gelet op de mogelijke precedentwerking ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding een coulancevergoeding te verlenen.

5.4. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van € 200,- per twee jaar. Met ingang van 1 januari 2018 is voor verzoekster weer een nieuwe termijn van twee jaar aangevangen.

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.22.2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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 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 B.1. e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.(...)"

8.4. Artikel A.3.2. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. (...) In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

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

8.5. De artikelen A.3.2 en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2014-2016) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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, 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.

8.7. 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, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. Artikel D.1.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op gezichtsscherptebehandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen op de manier zoals en in de gevallen waarin medisch specialisten dat doen door middel van:

a. ooglaserbehandeling;

b. lensimplantatie als ooglaseren om medische redenen niet mogelijk is;

c. lensimplantatie als ooglaseren om medische redenen wel mogelijk is (maar u kiest voor lensimplantatie in plaats van een ooglaserbehandeling).

Dit doen wij tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode.

*Hoe hoog het vergoedingsbedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.
(...)"*

- 8.9. Het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Gezichtshulpmiddelen (contactlenzen, brillenglazen en eventueel montuur) en/of gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)

maximaal € 75,- per 2 jaar"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Zowel de ziektekostenverzekeraar als de behandelend oogarts heeft zich bij zijn standpuntbepaling mede laten leiden door hetgeen de leden van het Nederlands Gezelschap voor Refractiechirurgie onder auspiciën van het NOG in februari 2006, herzien in 2018, als richtlijn voor refractiechirurgie hebben opgesteld, de zogenoemde 'Consensus Refractiechirurgie' (hierna: de consensus). Deze richtlijn bezit niet de status van regelgeving, maar van een algemeen, representatief te achten overeenstemmend medisch-specialistisch inzicht. Nu gesteld noch gebleken is dat deze richtlijn inmiddels door een nieuwe is vervangen, zal de commissie bij haar beoordeling van de versie uit 2018 uitgaan.

- 9.2. Verzoekster voert aan dat bij haar sprake is van een uitzonderingssituatie omdat zij vanwege ernstige hoofdpijnklachten geen bril kan dragen, hetgeen door de voormalig oogarts van verzoekster is bevestigd. Daarnaast bestaat een contactlensintolerantie. De commissie heeft besloten naar aanleiding hiervan nadere vragen te stellen aan de huidige oogarts van verzoekster. Bij brief van 6 juni 2019 heeft de oogarts deze vragen van de commissie beantwoord. De commissie constateert dat de behandelend oogarts niet spreekt over hoofdpijnklachten. Verzoekster heeft verklaard dat naar deze klachten onderzoek wordt gedaan door een neuroloog en dat er ook MRI-scans zijn uitgevoerd. De commissie concludeert dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat de door haar ervaren hoofdpijnklachten inderdaad worden veroorzaakt door de oogafwijking en het dragen van een bril. Daarbij is bij haar geen uitzonderingssituatie als bedoeld in paragraaf 12.4 van de consensus aan de orde.

- 9.3. De behandelend oogarts meent dat verzoekster wel bril-intolerant is en verklaart hierover: "*Echter, volgens de anamnese is patiënte bril-intolerant door deze anisometropie, die zij als zeer storend ervaart tijdens het dragen van een bril*". In paragraaf 12.3 van de consensus is over anisometropie het volgende opgenomen:

"12.3. Phake lens

(...)

- *Hoge anisometropie > 4,0 D met contactlensintolerantie.*

(...)"

Verzoekster voldoet niet aan de gestelde voorwaarde, aangezien het verschil blijkt de op 15 mei 2019 uitgevoerde meting 2,50 dioptrieën bedraagt.

- 9.4. Volgens de richtlijn bestaat tevens aanspraak op refractiechirurgie indien sprake is van een myopie van -10 dioptrieën in combinatie met een contactlensintolerantie. Volgens de meest recente meting is bij verzoekster sprake van OD S-8.00=C-0,75 x 45° en OS S-5.00=C-1.25 x 125°. Gelet op deze gegevens voldoet verzoekster niet aan de in hoofdstuk 12 van de richtlijn gestelde eis dat sprake dient te zijn van een myopie van meer dan -10 dioptrieën. Verder doet zich bij haar geen van de andere, in de consensus specifiek benoemde indicatiecriteria, voor.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Partijen verschillen niet van mening over het feit dat de aanvullende ziektekostenverzekering in 2017 en 2018 dekking bood voor gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen tezamen. De commissie laat daarom de beoordeling van de aanspraak op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering verder rusten.

Coulance

- 9.6. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar, gezien haar specifieke situatie, zo nodig coulance dient te betrachten. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding op basis van coulance, gelet op de mogelijke precedentwerking, afgewezen. De commissie oordeelt dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid van willekeur zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 augustus 2019,

G.R.J. de Groot