



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, venlafaxine taperingstrips
Zaaknummer : 201700901
Zittingsdatum : 20 december 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Benfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van venlafaxine retard taperingstrips (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 13 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de nota van € 168,10 alsnog coulancehalve te vergoeden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld in het vervolg geen vergoeding voor het middel te zullen verlenen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 6 september 2017 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 3 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 november 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 november 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 november 2017 schriftelijk medegedeeld 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 7 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 4 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017049989) de commissie medegedeeld dat verschillende partijen uit het veld momenteel met elkaar in gesprek zijn. Vooralnog is onduidelijk wat de uitkomst hiervan zal zijn, zodat het niet mogelijk is op korte termijn advies uit te brengen. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 6 december 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het eerdere standpunt. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 10 januari 2018 de commissie medegedeeld nog steeds niet op korte termijn advies uit te kunnen brengen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker gebruikt sinds enige tijd het middel venlafaxine retard. Op 23 september 2016 is hij begonnen met het afbouwen van het gebruik met behulp van taperingstrips. Het middel wordt sindsdien in verschillende doseringen voor hem bereid door de apotheker. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de taperingstrips in de maanden september, oktober, november en december 2016 vergoed. De nota van de maand januari 2017 werd afgewezen op de grond dat hierop geen zogenoemd "ZI-nummer" was vermeld. Nadat verzoeker een klacht had ingediend, werd de nota alsnog coulancehalve door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Tevens volgde de mededeling dat volgende nota's niet zouden worden vergoed. Inmiddels heeft verzoeker het middel diverse keren zelf moeten bekostigen.
- 4.2. Door de eerdere vergoedingen is bij verzoeker de verwachting gewekt dat de nota's in het vervolg ook zouden worden vergoed. Indien verzoeker vooraf op de hoogte was geweest van het stopzetten van de vergoeding, had hij kunnen overstappen naar een andere verzekeraar. Hem is bekend dat DSW en Achmea de kosten van de taperingstrips wel vergoeden. Als de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten vergoedt, zal dit leiden tot een kostenbesparing in de toekomst, omdat verzoeker door het afbouwen van het middel zijn zorgkosten verlaagt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat hij door de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been is gezet. Over de vergoeding van de Venlafaxine taperingstrips heeft hij telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, waarbij een medewerker hem mededeelde dat hij in het computersysteem kon zien dat de betreffende taperingstrips werden vergoed. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de taperingstrips per abuis heeft vergoed. Op dat moment kon verzoeker echter niet meer overstappen naar een andere verzekeraar.

Verzoeker zou dit jaar klaar zijn geweest met de afbouw van zijn medicatie, zodat van chronisch of langdurig gebruik bij hem geen sprake is. Verder wijst verzoeker op een onderzoek van de Stichting Cinderella. Deze organisatie doet onderzoek naar weesgeneesmiddelen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering kent geen dekking voor venlafaxine taperingstrips. Omdat het middel niet is geregistreerd, bestaat tevens geen dekking vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De eerdere vergoedingen zijn onterecht geweest, maar de uitgekeerde bedragen zullen niet van verzoeker worden teruggevorderd.

Omdat bij verzoeker de indruk was gewekt dat ook in januari 2017 een vergoeding zou volgen, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten hem de kosten van het middel in die maand nog te vergoeden. In het vervolg zal hij hiervoor echter geen vergoeding meer ontvangen.

5.2. Op de rekening van de apotheek is vermeld dat Achmea de taperingstrips uit coulance vergoedt zodra de factuur ter declaratie wordt ingediend. Ondanks dat slechts een deel van de nota voor de ziektekostenverzekeraar zichtbaar is gemaakt, concludeert deze hieruit dat verzoeker al vóór 2017 minimaal eenmaal door de apotheek ervan op de hoogte is gesteld dat Achmea deze kosten uit coulance vergoedt, zodat hij ook toen had kunnen besluiten over te stappen. De ziektekostenverzekeraar kan niet treden in het beleid van een andere verzekeraar. Verzoeker kan hieraan geen rechten ontleen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het Zorginstituut geen advies heeft uitgebracht omdat veldpartijen met elkaar in overleg zijn over de vraag of taperingstrips zijn aan te merken als rationele farmacotherapie. Op dit moment ontbreekt daarvoor echter de evidence, zodat van die situatie moet worden uitgegaan. Een en ander volgt bovendien uit een bindend advies van de commissie van 12 oktober 2016 (201601491) en het hieraan ten grondslag liggende advies van het Zorginstituut.

In het verleden zijn de taperingstrips inderdaad per abuis aan verzoeker vergoed, doordat de nota's van de betreffende apotheek niet goed herkenbaar zijn, en een ZI-nummer op de facturen is vermeld dat is gekoppeld aan een geneesmiddel dat wel tot de verzekerde zorg hoort. Aan verzoeker is medegedeeld dat het geen verzekerde zorg betrof, en de laatste nota is heel uitdrukkelijk op basis van coulance vergoed. Dit is gedaan gedurende een tijdsbestek van vier maanden, zodat verzoeker de medicatie kon afbouwen. Los van de vraag of taperingstrips verzekerde zorg vormen, dient het gebruik ervan tijdelijk te zijn.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

1. de geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.

2. de geneesmiddelen – onder de voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:

a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;

b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;

c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen. Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

4. terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners. Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;

b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;

c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;

d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;

e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;

f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2 De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan dit ook een diëtist zijn. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een dieetpreparaat kan ook geleverd worden door een gespecialiseerde leverancier. De kosten van een geneesmiddel en de dieetpreparaten opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden. (...)”

- 8.4. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 8.6. 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.
- 8.7. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 ONVZ vergoedt tot maximaal € 200,- per kalenderjaar de kosten van:

- *geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- *de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel bij geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- *de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- *verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering. (...)*

lid 2 ONVZ vergoedt geen kosten van:

- *geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegediend als onderdeel van een ziekenhuisbehandeling (intramuraal) en door het ziekenhuis in rekening worden gebracht (is medisch-specialistische zorg);*
- *andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling van receptplichtige geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;*
- *middelen die geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel;*
- *homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;*
- *zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- *geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit."*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag die als eerste moet worden beantwoord is of venlafaxine retard taperingstrips een geregistreerd geneesmiddel betreffen. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt

alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.

Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.

- 9.2. Verzoeker meent aanspraak te hebben op vergoeding van de taperingstrips in kwestie: de ziektekostenverzekeraar heeft een dergelijke aanspraak ten laste van de zorgverzekering afgewezen. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar terecht hiertoe besloten, omdat niet is gebleken dat sprake is van rationele farmacotherapie. Het is aan verzoeker om aannemelijk te maken dat dit wel het geval is. In dat kader heeft verzoeker noch iets gesteld noch aannemelijk gemaakt. Evenmin is de commissie uit andere hoofde gebleken - het Zorginstituut heeft bij brief van 4 december 2017 ook te kennen gegeven geen advies te kunnen uitbrengen - dat in deze sprake is van rationele farmacotherapie, zodat het verzoek, voor zover het de zorgverzekering betreft, moet worden afgewezen. Bovendien volgt uit een eerder bindend advies van de commissie (vgl. GcZ 12 oktober 2016, 201601491) en het hieraan ten grondslag liggende advies van het Zorginstituut dat taperingstrips op dit moment geen verzekerde zorg vormen.
- 9.3. Het middel venlafaxine is geregistreerd en door de Minister van VWS aangewezen in de doseringen 37,5 mg, 75 mg, 150 mg en 225 mg. Gelet op de door verzoeker overgelegde nota's heeft hij het middel afgenomen in de vorm van taperingstrips met doseringen van 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg en 20 mg. In deze doseringen is het middel niet geregistreerd en aangewezen door de Minister van VWS. Ook betreft het geen zogenoemde 'orphan drug'. Het middel is voor verzoeker in de vermelde doseringen magistraal bereid. Bekeken moet worden of het hierbij gaat om rationele farmacotherapie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Aangezien venlafaxine retard taperingstrips, zoals hiervóór onder 9.2 is overwogen, geen geregistreerd geneesmiddel betreffen en aldus niet wordt voldaan aan het bepaalde in artikel 3, bestaat tevens geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Gewekt vertrouwen en vergoeding door andere zorgverzekeraar

- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem het vertrouwen is gewekt dat de nota's ook na januari 2017 worden vergoed, merkt de commissie het volgende op. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar de nota's in de maanden september, oktober, november en december 2016 aan verzoeker heeft vergoed. De nota van 13 januari 2017 is afgewezen. Twee hierop volgende nota's zijn wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Ook de nota van 13 januari 2017 is na een klacht uiteindelijk aan verzoeker vergoed. Hierbij is vermeld dat het gaat om een coulancevergoeding waaraan geen rechten kunnen worden ontleend. Hieruit volgt dat verzoeker er in januari 2017 van op de hoogte was dat de nota's niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, doch dat de vergoeding is gebaseerd op coulance. Uit de nota's van de apotheek - ook die uit 2016 - wordt eveneens duidelijk dat de kosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, aangezien een andere verzekeraar deze volgens de apotheek uit coulance vergoedt. Verzoeker had daarom eind 2016 al kunnen weten dat een mogelijk probleem zou ontstaan met de vergoeding. Niet gebleken is dat hij bij de ziektekostenverzekeraar hiernaar navraag heeft gedaan. De commissie concludeert dat geen sprake is van een gerechtvaardigd vertrouwen dat eventuele volgende nota's voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking zouden komen.

- 9.6. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan hem dat niet baten.

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, 24 januari 2018,

P.J.J. Vonk