



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen

Zaak : Farmaceutische zorg, terhandstellingskosten, ANZ-dienstverlening, hoogte tarief, eigen
risico

Zaaknummer : 201600446

Zittingsdatum : 26 oktober 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.8, 2.17 en 2.19 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Nza beleidsregel BR/CU-5124)

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
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 ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft - vanwege het toepasselijke eigen risico 2015 - van verzoekster € 162,60 gevorderd in verband met aan haar geleverde farmaceutische zorg.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 februari 2016 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 brief van 20 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering ter zake van het eigen risico 2015 van € 162,60 voor de aflevering van de geneesmiddelen Tramadol®, Diclofenac® en Pantoprazol® te laten vervallen (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 12 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2016 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 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 26 oktober 2016 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is op 7 augustus 2015 terechtgekomen op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis in verband met heftige pijn in de onderrug. Zij is aldaar onderzocht en heeft een recept gekregen voor pijnstillers en een maagbeschermer. Met het weekend in het vooruitzicht, besloot verzoekster de betreffende geneesmiddelen direct na het onderzoek bij de ziekenhuisapotheek te halen. Op 16 januari 2016 ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een specificatie van de zorgkosten. Hieruit bleek dat de ziektekostenverzekeraar driemaal een bedrag van € 54,20 ten laste had gebracht van het eigen risico 2015. Verzoekster heeft daarop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en gevraagd waarop deze drie bedragen betrekking hebben. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster toegelicht dat de bedragen zijn gedeclareerd door de ziekenhuisapotheek voor het afleveren van geneesmiddelen buiten kantooruren. De betreffende toeslag is conform de afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek. De apotheek beslist of hij gebruik wil maken van de mogelijkheid een tarief in rekening te brengen voor het leveren van geneesmiddelen buiten kantooruren.
- 4.2. Verzoekster verklaart dat de kosten van de aan haar afgeleverde geneesmiddelen te verwaarlozen zijn. In totaal gaat het om een bedrag van € 1,38. Gelet op dit bedrag is een toeslag van € 54,20 per afgeleverd geneesmiddel buiten elke proportie. Verzoekster maakt tevens bezwaar tegen het gegeven dat de toeslag niet per bezoek aan de apotheek in rekening wordt gebracht maar per afgeleverd geneesmiddel. Verder is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten niet ten laste van het eigen risico mag brengen, daar de ziektekostenverzekeraar kennelijk zelf afspraken maakt met de apotheek over de betreffende tarieven. Voorts stelt verzoekster niet te zijn geïnformeerd over het bestaan van de tarieven die door de apotheek worden toegepast voor de aflevering van geneesmiddelen buiten kantooruren. Indien zij hierover zou zijn ingelicht, had zij de geneesmiddelen later gehaald.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij zich kan voorstellen dat verzoekster het op prijs had gesteld indien zij in kennis was gesteld van de tarieven die van toepassing zijn voor levering van geneesmiddelen buiten kantooruren. Verzoekster is van mening dat het niet zo mag zijn dat de ziektekostenverzekeraar de verplichting tot informatievoorziening alleen bij de apotheek neerlegt. Hij heeft hierin zelf ook een belangrijke rol. Zo wordt bij de omschrijving van het eigen risico in de voorwaarden gesproken over medicijnkosten. Er wordt echter geen melding gemaakt van de hoogte van de aflevertarieven van geneesmiddelen buiten kantooruren.

- 4.4. Tot slot deelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brieven van 31 maart en 21 april 2016 mede dat hij niet heeft kunnen beoordelen of sprake was van spoedeisende farmaceutische zorg. Verzoekster stelt in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar, aan de hand van de door de apotheek gedeclareerde recepten, heel goed had kunnen vaststellen dat het hier spoedeisende zorg betrof.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar onvrede kenbaar gemaakt over de berekening van een toeslag van € 54,20 per geneesmiddel, dat buiten de normale werktijden wordt afgehaald bij een apotheek. Zij vindt deze toeslag onredelijk en buiten proportie. Verzoekster zou het rechtvaardiger vinden als de ziektekostenverzekeraar dergelijke kosten via de premie zou verdelen over alle verzekerden. Nu is verzoekster door het aanbieden van drie eenvoudige recepten, na een uitlopend ziekenhuisbezoek, onevenredig zwaar belast. Daarnaast vindt verzoekster het vreemd dat de toeslag per recept wordt berekend en niet per bezoek. Als deze kosten voor de hogere personeelskosten zijn, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, zou de toeslag per bezoek moeten gelden, aangezien het personeel voor het bezoek aanwezig is. Verzoekster merkt op dat bij de omschrijving van het begrip 'eigen risico' de term 'toeslag' niet wordt vermeld. Er wordt enkel gesproken over 'medicijnen' en de 'kosten van medicijnen'. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit punt een belangrijke informatieplicht, en kan dit niet afschuiven naar de apotheek. Als verzoekster had geweten dat zij met deze extra kosten zou worden geconfronteerd, zou zij de recepten op dat moment niet hebben aangeboden. Zij zou in dat geval hebben volstaan met een pijnstiller van de drogist, of de volgende dag de recepten hebben aangeboden bij de dorpsapotheek die op zaterdag is geopend. Verzoekster stelt dat zij te goeder trouw de recepten heeft aangeboden aan de dienstapotheek. Deze goeder trouw brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar deze toeslagen voor zijn rekening moet nemen. Daarnaast gevraagd merkt verzoekster op dat haar niet is opgevallen dat in de apotheek een bord hangt waarop de tarieven zijn vermeld. Zij is meteen met een medewerker in gesprek geraakt, waarbij niet is gewaarschuwd voor de geldende tarieven. Verzoekster merkt voorts op dat het bezoek aan de eerste hulp van twee en een half uur minder heeft gekost dan de aflevering van de geneesmiddelen.
- 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. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag de apotheek een verhoogd aflevertarief in rekening brengen voor de aflevering van geneesmiddelen buiten de reguliere openingstijden. Naast de kosten van het geneesmiddel brengt de apotheek kosten in rekening voor de zorgverlening door de apotheek. Een apotheek heeft meer kosten wanneer een geneesmiddel buiten kantooruren wordt gehaald, bijvoorbeeld door hogere personeelskosten. Dit houdt in dat bij het afhalen van geneesmiddelen buiten kantooruren, in de avonduren, weekenden of feestdagen een hoger aflevertarief in rekening wordt gebracht. Het aflevertarief wordt vanuit de zorgverzekering vergoed indien het afgeleverde geneesmiddel ook vanuit de zorgverzekering wordt vergoed. Het aflevertarief komt tot stand door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheker. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat verzoekster het op prijs had gesteld indien zij door de apotheek was geïnformeerd over het aflevertarief buiten kantooruren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover dan ook contact opgenomen met de apotheek. De betreffende apotheek heeft tijdens dit contact medegedeeld dat hij alleen buiten kantooruren open is. Verder hangt bij de balie een geplastificeerd bord waarop de tarieven staan. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de apotheek zijn klanten hiermee op de juiste manier informeert.
- 5.2. Verder bedoelt de ziektekostenverzekeraar met zijn stelling inzake het niet kunnen beoordelen of in de situatie van verzoekster sprake was van spoedeisende zorg, dat het de keuze van verzoekster is geweest de geneesmiddelen buiten kantooruren te halen bij de ziekenhuisapotheek.

De ziektekostenverzekeraar is niet verantwoordelijk voor de keuze die verzoekster op dit punt heeft gemaakt. De betreffende stelling was in deze echter niet relevant, en de ziektekostenverzekeraar biedt verzoekster hiervoor zijn excuses aan.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om de kosten van geneesmiddelen en de aflevering hiervan. Beide vallen onder het eigen risico. Hierbij geldt dat de zorg kost wat het heeft gekost. Dit is nu eenmaal hoe het gefinancierd wordt. De achtergrond van de tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek gemaakte afspraken speelt hierbij geen rol. Wat betreft het informeren geldt dat de ziektekostenverzekeraar altijd te laat komt. Hij weet immers niet dat iemand geneesmiddelen gaat afnemen. Er bestaat op dit punt geen specifieke informatieverplichting voor individuele gevallen. In dit geval is ook de keuze gemaakt naar de spoedeisende hulp te gaan. Het is niet mogelijk dit in algemene zin uit te leggen in de aanbiedingsbrief. De ziektekostenverzekeraar zou dan heel veel situaties moeten uitschrijven, waardoor de brief niet meer zou worden gelezen.

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 A17 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 vordering van driemaal € 54,20 ter zake van het eigen risico 2015 vanwege terhandstellingskosten in combinatie met Avond, Nacht, Zondagdienstverlening (ANZ-dienstverlening) te laten vervallen.

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 polisvoorwaarden.

8.3. Op de bladzijden 20 tot en met 23 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

(...)

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

(...)”

8.4. Op de bladzijden 8 en 9 van de zorgverzekering is het verplicht eigen risico geregeld, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. (...)

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),*
 - hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,*
 - huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,*
 - wijkverpleegkundige zorg,*
 - vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',*
 - nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.*
- (...)"*

8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens het bepaalde op de bladzijden 6 en 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11 lid 1 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.
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.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.

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.


9. Beoordeling van het geschil


9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over het handelen van de apotheek. In de onderhavige kwestie heeft de apotheek, naast de medicijnkosten, bij de zorgverzekeraar drie keer een bedrag van € 54,20 gedeclareerd ter zake van terhandstellingskosten in combinatie met ANZ-dienstverlening. De betreffende declaratie is door de ziektekostenverzekeraar vergoed, die hierna de kosten - vanwege het toepasselijke eigen risico 2015 - bij verzoekster in rekening heeft gebracht. Het is hiertegen dat verzoekster opkomt. De medicijnkosten vormen hierbij geen onderwerp van geschil.

- 9.2. Gelet op artikel 5 'Terhandstelling van een UR-geneesmiddel' van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-5124, omvat de prestatie 'Terhandstelling' onder meer het beoordelen van het recept, het bewaken van de medicatie, het verstrekken van informatie aan de patiënt (de bijsluiter), en het overhandigen van het geneesmiddel aan de patiënt. Op grond van artikel 18 'Tariefsoort en declaratie' van de betreffende beleidsregel kunnen de kosten van de terhandstelling bij elk afgeleverd geneesmiddel in rekening worden gebracht.
- 9.3. Gelet op artikel 3 'Begripsbepalingen' van de beleidsregel BR/CU-5124 kunnen in bepaalde gevallen één of meer deelprestaties in rekening worden gebracht. Dit is bij elke prestatie afzonderlijk vermeld. De deelprestaties kunnen alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de betreffende prestatie.
ANZ-dienstverlening is een deelprestatie. Er is sprake van ANZ-dienstverlening indien de apotheek is geopend in het kader van een gecontracteerde dienstwaarneming en indien de zorgvraag binnen de onderstaande tijden binnenkomt en de zorgaanbieder de farmaceutische zorgverlening ook binnen deze tijden start:
Tussen 18.00 uur en 08.00 uur van de opvolgende dag, of;
Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op een zondag, of;
Tussen 08.00 uur en 18.99 uur op Nieuwjaarsdag; Tweede Paasdag; Koninginnedag [Koningsdag]; Hemelvaartsdag; Bevrijdingsdag in elk lustrumjaar (2010, 2015, etc.); Tweede Pinksterdag; beide Kerstdagen.
Gelet op artikel 5.4 'Deelprestatie ANZ-dienstverlening' van de beleidsregel BR/CU-5124 kunnen de kosten van ANZ-dienstverlening in combinatie met terhandstellingskosten in rekening worden gebracht.
- 9.4. De NZa geeft de voorwaarden waaronder de (deel)prestaties mogen worden gedeclareerd, maar bepaalt niet de hoogte van de tarieven. Dit is onderwerp van onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedraagt het door hem overeengekomen tarief voor de terhandstelling in combinatie met ANZ-dienstverlening € 54,20. De commissie is niet bevoegd te treden in de relatie ziektekostenverzekeraar - zorgaanbieder, zodat de hoogte van het tarief in dit verband geen onderwerp van geschil kan zijn. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van bedoeld tarief in relatie tot de medicijnkosten moet daarom voor kennisgeving worden aangenomen.
- 9.5. Vast staat dat verzoekster de betreffende geneesmiddelen afgeleverd heeft gekregen. Gesteld noch gebleken is dat de apotheek de in artikel 5.1 'Standaardterhandstelling' van de beleidsregel van de NZa met nummer BR/CU-5124 genoemde activiteiten niet heeft uitgevoerd, en dat de geneesmiddelen tussen 08.00 uur en 18.00 uur zijn afgeleverd. Uit het bepaalde op bladzijde 20 van de zorgverzekering volgt dat de terhandstelling door de apotheek deel uitmaakt van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven op bladzijde 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Aangezien verzoekster niet heeft aangevoerd dat het eigen risico 2015 ten tijde van de aflevering al 'vol' was gemaakt, is zij gehouden de bij haar in rekening gebrachte bedragen aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 9.6. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de informatieplicht kan niet leiden tot een andere uitkomst. Het is niet aan de commissie te oordelen of en zo ja welke informatie de apotheek aan verzoekster had moeten verstrekken. Anderzijds kan van de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid worden verwacht dat hij inzicht geeft in de hoogte van alle kosten die kunnen worden betrokken bij de berekening van het eigen risico. Daarbij valt niet in te zien waarom dit anders zou moeten zijn voor de onderhavige kosten.
- 9.7. Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat hij zich de kennelijke onvrede van verzoekster over de onderhavige kwestie kan voorstellen, mede gezien het verschil tussen de kosten van de geneesmiddelen zelf en de hoogte van de toeslag die per recept is berekend. Dit doet evenwel niet af aan de geldende regelgeving.


 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 9 november 2016,

 H.A.J. Kroon



