



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601659
Zittingsdatum : 7 december 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Den Haag Pakket AOW'ers afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brieven van 29 december 2015 en 13 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 februari 2016 en 8 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 8 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, 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 brief van 3 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 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 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 4 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016123716) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de stukken niet blijkt dat de zorg die verzoeker nodig heeft, niet goed planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 8 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend uroloog heeft op 17 december 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard:
"Bovengenoemde patiënt is bekend op de polikliniek urologie met prostaatacarcinoom.
Urologische voorgeschiedenis:
Slaapapnoe, spierdystrofie Thomseon-Becker
2011 pT4N0Mx gleason 3+4 prostaatacarcinoom, radicale prostatectomie, R+ (blaas en apex bdzs)
2012 operatie voor stressincontinentie LUMC
2013 externe RT prostaatlogie
2015 PSA 40. botmetastasen (thll en mogelijk L2), start LHRH, calcichew en actonel
2015 Cunnigham penisklem voor incontinentie
Decursus
Voelt zich erg gelukkig. PSA van 40 inmiddels onmeetbaar. Krijgt zaterdag de nieuwe prik (=LHRH injectie). Penisklem werkt overdag prima, 's nachts zonder penisklem. Was 's nachts meestal droog, maar steeds vaker wat nat. (...)
Conclusie
Onmeetbaar PSA na start LHRH bij gemetastaseerd prostaatacarcinoom na radicale prostatectomie 2011 en radiotherapie prostaatlogie 2013.
Persisterende incontinentie na prostatectomie ondanks operatie in LUMC in 2012. Met penisklem overdag redelijk droog. (...)"
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Urologische aandoening prostaat ca. Neurologische aandoening Myotonia Congenita (Thomsen, Becker) (...) Tijdelijke spierstijfheid, incontinentie (incontinentiemateriaal, penisklem), ambulantietekort, zelfzorgtekort bij het wassen en aankleden,*

prothese (penisklem, specifieke schoenen) (...) Dagelijks wassen + aankleden (...) Aanbrengen prothese 6 x per dag (...) huidverzorging (10 min per dag) (...) Dhr. draagt dagelijks zijn gewone kleding (...) voorkoming van huidirritatie en smetplekken. (...)"

4.3. Verzoeker heeft hulp nodig bij het douchen, het aan- en uitkleden en het toiletbezoek. Bij elk toiletbezoek moet een penisklem op de correcte wijze worden verwijderd en weer aangebracht. De echtgenote van verzoeker heeft geleerd hoe zij dit moet doen. Deze zorg is niet te plannen, en vindt op wisselende momenten van de dag en nacht plaats. Het juist aanbrengen van de penisklem is noodzakelijk om te voorkomen dat verzoeker een infectie krijgt, waarvoor hij zeer gevoelig is. Het is belangrijk dat direct hulp wordt geboden, en deze dient 24 uur per dag op afroep beschikbaar te zijn. Bovendien valt verzoeker vaak in de nacht, en moet hij ook in een dergelijk geval worden geholpen. Door het vallen heeft hij al een keer een zware hersenschudding opgelopen. Verzoeker verblijft sinds 2000 ieder jaar van april tot oktober in een stacaravan, die hem is geschonken door de gemeente Den Haag in verband met zijn handicap. Ook daar heeft verzoeker zorg nodig, zodat het tevens gaat om zorg op meerdere locaties. Verzoeker heeft een aantal thuiszorgorganisaties benaderd, die hem de zorg op afroep niet konden leveren. Daarom is hij van mening dat hij aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij een specialistisch onderzoek heeft laten uitvoeren, en hier is uit gekomen dat hij Becker spierdystrofie heeft. Dit is een ernstiger diagnose dan eerder was gesteld. Het zal dus niet helpen om alleen enkele oefeningen te doen. Het gaat voor hem niet om planbare zorg. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar zou hebben gesproken met de wijkverpleegkundige, maar deze ontkent dat het gesprek heeft plaatsgevonden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De zorgvraag moet daartoe aansluiten bij één van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Gelet op de door verzoeker overgelegde dagplanning heeft hij twaalf zorgmomenten per dag. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv mede op basis van de dagplanning beoordeeld, en is tot de conclusie gekomen dat het aantal zorgmomenten erg hoog is, en aanzienlijk kan worden teruggebracht door middel van adequaat onderzoek en behandeling. Bovendien is het plaatsen en losmaken van een penisklem geen handeling die specifieke vaardigheden vereist. Er bestaat daarom geen noodzaak voor een vaste zorgaanbieder die deze handeling uitvoert. De overige zorg bestaat uit het dagelijks wassen, aan- en uitkleden en de huidverzorging. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat de zorg van verzoeker planbaar is en kan worden uitgevoerd door een thuiszorgorganisatie. De indicierend wijkverpleegkundige heeft tijdens een telefonisch contact met één van de 'casemanagers' van de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het totale zorgpakket van verzoeker kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat verzoeker de zorg graag wil laten uitvoeren door zijn echtgenote, maar dit leidt niet tot een ander standpunt.

Voor zover het gaat om de zorg die verzoeker nodig heeft als hij verblijft in de stacaravan, geldt dat hij een thuiszorgorganisatie in de omgeving van de standplaats van deze caravan kan benaderen. De zorg kan dan ook daar in natura aan verzoeker worden verleend.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoeker geen indicatie heeft voor een PGB vv, omdat de zorg voor hem planbaar is. Met betrekking tot de opmerking van verzoeker dat de wijkverpleegkundige ontkent met de ziektekostenverzekeraar te hebben gesproken, geldt dat een verslag is gemaakt van het Bewust Keuze Gesprek, en hierin is vermeld dat een gesprek is gevoerd met de wijkverpleegkundige.

- 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, 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 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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoongebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als : (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doel-groepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig hebt die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

9.2. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden en de huidverzorging. Ook heeft hij hulp nodig na een nachtelijke val. Met betrekking de hulp bij het opstaan na een val geldt dat deze zorg niet is opgenomen in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Voor de zorg die aan verzoeker moet worden verleend als hij verblijft in de stacaravan, is door de ziektekostenverzekeraar reeds een oplossing geboden. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van veertien uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het aanbrengen en verwijderen van de penisklem vormt niet een zodanig specifieke zorgverlening, omdat hiervoor geen bijzondere kennis of vaardigheden zijn vereist. Ook deze zorg kan derhalve worden verleend door een medewerker van een thuiszorgorganisatie. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan, met name tot uitdrukking komend in het infectiegevaar.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op.

Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg.

In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.

Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,

P.J.J. Vonk