



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Seroxat® 20 mg
Zaaknummer : 201600627
Zittingsdatum : 9 november 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen









- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
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 GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Mijn Keuze 3, Mijn Keuze Tandarts 2 en Mijn Keuze Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 het geneesmiddel Seroxat® 20 mg (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht (nr. 1/2016) 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 e-mailbericht van 18 februari 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 1 mei 2016 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 brief van 27 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld 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 23 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij e-mailbericht van 8 september 2016 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid te stellen nadere informatie met betrekking tot de voorgeschreven recepten over te leggen.
Een afschrift van het e-mailbericht van het Zorginstituut is op 12 september 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Daarbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar opdracht gegeven de door het Zorginstituut gevraagde informatie over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 september 2016 de uitkomst van het nader onderzoek doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 27 september 2016 aan verzoeker gestuurd.
-  3.10. Bij brief van 27 september 2016 heeft de commissie de brief van de ziektekostenverzekeraar van 26 september 2016 in afschrift doorgestuurd naar het Zorginstituut. Bij brief van 6 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016108248) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat een medische noodzaak bestaat voor het gebruik van het spécialité Seroxat®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 oktober 2016 aan partijen gezonden.
-  3.11. Verzoeker is op 9 november 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.12. Na afloop van de hoorzitting is verzoeker door de commissie in de gelegenheid gesteld ter zake van het middel Seroxat® een aantal door de commissie geformuleerde vragen te beantwoorden, teneinde te kunnen beoordelen of voor genoemd middel een medische noodzaak bestaat, zoals door verzoeker ter zitting opnieuw is gesteld. Bij e-mailbericht van 14 november 2016 heeft verzoeker een verklaring van zijn huisarts overgelegd. Een afschrift van bedoeld e-mailbericht is op 15 november 2016aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht inhoudelijk te reageren, hetgeen hij bij brief van 30 november 2016 heeft gedaan. Een afschrift van laatstgenoemde brief is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
-  3.13. Bij brief van 5 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en 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 9 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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. Verzoeker slikt sinds 2000 het geneesmiddel Seroxat®. In 2009 heeft verzoeker een generieke variant van dit middel afgeleverd gekregen. Binnen een aantal maanden kreeg verzoeker allerlei klachten die hij vóór de behandeling met Seroxat® ook had. De psychiater van verzoeker wist hem te vertellen dat dit vaker voorkomt en raadde hem aan het merkgeneesmiddel weer te gaan gebruiken. Verzoeker heeft dit advies opgevolgd en sindsdien hebben de klachten zich niet meer voorgedaan.
- 4.2. Voor zover verzoeker bekend is, heeft de huisarts op elk herhalingsrecept voor het merkgeneesmiddel Seroxat® de tekst "M.N." vermeld. Gelet op deze vermelding begrijpt verzoeker niet dat de ziektekostenverzekeraar het standpunt inneemt dat geen medische noodzaak aanwezig is. Volgens de ziektekostenverzekeraar is alleen een medische noodzaak aanwezig indien verzoeker dit aantoonst door middel van een bloedonderzoek. Verzoeker merkt hierover op dat het bij hem niet een allergie of overgevoeligheid voor het generieke middel betreft, maar om een verminderde of zelfs geheel ontbrekende werking.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij in het verleden een tijdlang zowel generieke als andere middelen heeft gebruikt. Dit gebruik had tot gevolg dat verzoeker binnen zes maanden niet meer in staat was om te werken. Het is voor verzoeker niet te begrijpen dat ondanks het feit dat zijn huisarts "medische noodzaak" op het recept vermeldt, de ziektekostenverzekeraar kan besluiten dat toch een ander geneesmiddel moet worden afgeleverd.
- 4.4. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker een verklaring van de huisarts overgelegd waarin deze het volgende stelt: *"Betrokkene ken ik zeer langdurig een een depressie/angststoornis waarvoor hij met goed resultaat spécialité seroxat gebruikt. In 2009 is hij op grond van verzekeringsargumenten overgestapt op niet-specilaite seroxat. Na verloop van tijd is hij weer een depressie beland waarvoor hij toen terecht gekomen is bij prof Kahn in Utrecht. Deze gaf als advies om weer de spécialité seroxat te gaan gebruiken zonder een wijziging in de dosering. Binnen enkele weken was betrokkene weer op zijn oude, goede niveau !! Dit effect is de onderbouwing om spécialité seroxat te gebruiken. Sindsdien is altijd op het recept medisch noodzakelijk vermeld."*
- 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. Door zorgverzekeraars kan, op grond van artikel 2.8 lid 1 Bzv, in de polisvoorwaarden worden bepaald dat de verzekerde slechts het geneesmiddel vergoed krijgt dat door de zorgverzekeraar is aangewezen. Dit opent de mogelijkheid om ten aanzien van geneesmiddelen, waarvan het octrooi is verlopen en die met dezelfde werkzame stof door verschillende fabrikanten onder diverse merknamen op de markt worden gebracht, de goedkopere varianten aan te wijzen als verzekerd product. Bij de totstandkoming van deze regelgeving heeft de minister de daarbij behorende medische noodzaak als volgt toegelicht: *"De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar (...) is geregeld in het vierde lid. Ingevolge dit lid geldt de beperking van de keuze van de zorgverzekeraar niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de verzekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde voldaan is."*

5.2. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van het merkgeneesmiddel Seroxat®. Dit middel is het specialité met de werkzame stof Paroxetine. Het is aan de behandelend arts, tevens voorschrijver, aannemelijk te maken dat sprake is van een medische noodzaak voor het specialité. Gelet op de door verzoeker overgelegde informatie concludeert de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dat in casu geen aantoonbare medische noodzaak aanwezig is en dat voor verzoeker nog steeds de mogelijkheid van een generiek middel bestaat.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. In reactie op hetgeen de huisarts van verzoeker schrijft, stelt de ziektekostenverzekeraar dat de motivering ligt in het algemene advies van prof. Kahn, het wederom gaan gebruiken van het specialité en de reactie van verzekerde hierop. Derhalve vormt deze verklaring voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding een ander standpunt in te nemen.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op 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 onder het kopje 'Vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen endieetpreparaten.

(...)

Wij vergoeden de kosten van terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering

en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
(...)

Voorwaarden voor vergoeding van geneesmiddelen endieetpreparaten

1 De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

2 Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.
(...)"

- 8.4. Artikel 4.2 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2016 regelt met betrekking tot preferente geneesmiddelen het volgende:

"Preferente geneesmiddelen

Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen zijn de identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen. In deze groep geneesmiddelen hebben wij een aantal voorkeursmiddelen aangewezen. Dit zijn de preferente geneesmiddelen. Neemt u uw geneesmiddelen af bij een apotheek zonder contract? Of bij een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten? Dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen die wij als preferent hebben aangewezen. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen."

- 8.5. In de Begrippenlijst van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2016 is het begrip medische noodzaak omschreven en deze omschrijving luidt:


"Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk) geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel."

- 8.6. Artikel 5 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering en het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2016 zijn volgens artikel 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 lid 1 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.
- 8.8. 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. In de eerste plaats dient te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Uit de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving blijkt dat de ziektekostenverzekeraar tot een dergelijk beleid gerechtigd is, zolang voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel indien gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 9.2. In het laatste geval dient, zo blijkt uit artikel 5 van de 'Vergoedingen' van zorgverzekering in relatie met het Achmea Reglement farmaceutische zorg 2016, de voorschrijvende zorgaanbieder op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven - niet preferente - middel en moet hij deze noodzaak tevens desgevraagd kunnen onderbouwen. De commissie constateert dat door verzoeker weliswaar is gesteld dat bij hem sprake is van een medische noodzaak voor het geneesmiddel Seroxat® 20 mg, doch verzoeker heeft dit op geen enkele wijze onderbouwd. Ook uit de na afloop van de hoorzitting overgelegde verklaring van de huisarts blijkt niet van een medische noodzaak voor het middel. De enkele stelling dat een door verzoeker in 2009




geprobeerd generiek middel minder of geen effect had, - welke stelling kennelijk is gebaseerd op het in dat jaar optreden van een depressie - maakt niet dat kan worden gesproken van een medische noodzaak voor het niet-preferente middel. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat in het geval van verzoeker de medische noodzaak, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden, voor het specialité Seroxat® niet aannemelijk is gemaakt. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van dit geneesmiddel ten laste van de zorgverzekering.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 
- 9.4. 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 december 2016,



P.J.J. Vonk