



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem,
vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600462
Zittingsdatum : 7 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket 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 Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 brief van 9 oktober 2015 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 20 november 2015 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 e-mailbericht van 10 augustus 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 12 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 november 2016 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 18 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 16 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016125659) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Op basis van de medische informatie die in het dossier aanwezig is, kan de medisch adviseur dan ook geen medische noodzaak vaststellen waaruit zou blijken dat de zorg niet planbaar is. Daarnaast wordt de noodzaak voor een vaste hulpverlener niet medisch onderbouwd."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. De ziektekostenverzekeraar is op 7 december 2016 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 13 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 19 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. Verzoeker is 22 jaar geleden betrokken geweest bij een steekpartij. Sindsdien is hij halfzijdig verlamd en lijdt hij aan afasie. Verzoeker beweegt en spreekt hierdoor moeizaam. Dit is ook de reden dat hij al acht jaar een vaste zorgverlener heeft, die gedurende één uur per dag voor verzoeker zorgt. Zij kan hem ondanks zijn afwijking goed verstaan en kan zijn behoeftes goed inschatten. Door de nauwe band die verzoeker met zijn zorgverlener heeft opgebouwd, is zij namelijk volledig bekend met zijn lichaam, fysieke beperkingen en persoon. Voor verzoeker is het noodzakelijk dat de zorg wordt geleverd door een vaste zorgverlener met deskundigheid op het gebied van zijn stoornis en beperkingen. Deze expertise heeft niet iedere willekeurige zorgverlener. Ook gebruikt verzoeker specifieke eigen hulpmiddelen en medicatie. Het kost veel tijd om het gebruik steeds te moeten toelichten aan verschillende zorgverleners, vooral vanwege zijn spraakstoornis.
-  Door zijn traumatische verleden, kan verzoeker mensen niet meer vertrouwen. Dit bemoeilijkt de zorg omdat intieme handelingen moeten worden gedaan, zoals het insmeren van de anus. In het verleden heeft hij slechte ervaringen gehad met zorgverleners, waardoor hij nu alleen wil worden behandeld door een vaste zorgverlener die hij vertrouwt.
-  4.2. De geestelijke gesteldheid van verzoeker is normaal. In de brief van 20 november 2015 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de administratie en ook het beheer van de PGB vv worden gevoerd door zijn zorgverlener, terwijl zij geen officiële wettelijk vertegenwoordiger is. Hierdoor wordt niet voldaan aan de criteria zoals opgenomen in artikel 2 van het Reglement. Volgens verzoeker is dit

echter niet juist. Verzoeker kan de verplichtingen die met het PGB vv samengaan op verantwoorde wijze uitvoeren. Zijn financiën en administratie doet hij al jaren zelf.

4.3. Verzoeker stelt voorts dat sprake is van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Hij is een aantal keren s'nachts gevallen. Zijn zorgverlener is dan direct oproepbaar en beschikbaar om hem de zorg te bieden die hij op dat moment nodig heeft.

4.4. Het is onacceptabel dat de ziektekostenverzekeraar strikt uitgaat van de informatie op het aanvraagformulier, terwijl naderhand is gebleken dat door de toornis van verzoeker wel degelijk sprake is van een specifieke noodzaak voor een vaste zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit nader onderzoek gedaan om te beoordelen of de situatie van verzoeker - hij lijdt aan afasie en zijn zorgverlener kan hem als enige goed verstaan en begrijpen - tot een andere conclusie dient te leiden.

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 voor een PGB vv in aanmerking te komen dient de verzekerde te voldoen aan de criteria zoals opgenomen in de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015.' In artikel 2 is vermeld:

- dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.
- dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.
- dat men in staat moet zijn de zorgaanbieders die een budgethouder 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.

Uit het dossier van verzoeker blijkt dat de administratie en het beheer van het PGB vv worden uitgevoerd door zijn zorgverlener. Zij is echter niet zijn wettelijk vertegenwoordiger, waardoor niet wordt voldaan aan artikel 2 van het reglement.

5.2. Voorts dient te worden voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement, waarin is geregeld dat de zorgvraag moet 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. Dit 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 door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Wat betreft de omstandigheid dat verzoeker afasie heeft, had hij dit bij de aanvraag voor het PGB vv kunnen vermelden. Dit heeft verzoeker echter niet gedaan. Hij heeft bij de aanvraag enkel melding gemaakt van het feit dat hij vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Er wordt niets vermeld bij de noodzaak voor een vaste zorgaanbieder, hetgeen ook niet uit het zorgplan blijkt. Derhalve gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat geen sprake is van een specifieke noodzaak voor een vaste zorgverlener. Op basis van het aanvraagformulier, en de daaraan ten grondslag liggende stukken, blijkt dat verzoeker niet voldoet aan de gestelde voorwaarden.

5.3. Uit het zorgplan valt op te maken dat verzoeker dagelijks in de ochtend één uur hulp krijgt bij het aan- en uitkleden, douchen, zorg voor haren, tanden en nagels, en het smeren van zalf op het gehele lichaam. Daarnaast heeft verzoeker bij de aanvraag vermeld dat hij hulp nodig heeft voor persoonlijke verzorging. Het gaat hierbij om het toedienen van de medicatie, het zorgen voor het ontbijt, het opmaken van het bed, het klaarleggen van de kleding en persoonlijke begeleiding.

Behoudens het toedienen van de medicatie, zijn de huishoudelijke zorg en de persoonlijke begeleiding niet opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering.
De gevraagde zorg uit het zorgplan betreft overigens planbare zorg, waardoor niet wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement.

5.4. De zorg die op ongebruikelijke momenten van de dag dient te worden gegeven in verband met het mogelijke valgevaar, kan worden opgevangen door middel van personenalarmering.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft alle begrip voor de persoonlijke voorkeur met betrekking tot de zorgverlener die door verzoeker wordt aangewezen. Dit is echter geen reden een PGB vv toe te kennen. Bij de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv wordt namelijk alleen uitgegaan van de medische noodzaak.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar de standpunten herhaald.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 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. 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 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIGer). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)"*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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: (...)

- 2. u langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.*

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig 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 hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak 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 2015' zijn volgens artikel 2.9 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 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. Bij brief van 20 november 2016 stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker niet behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, aangezien de administratie en het beheer van het PGB vv worden gevoerd door de zorgverlener, die niet zijn wettelijk vertegenwoordiger is. Verzoeker heeft dit bestreden, stellende dat hij de verplichtingen die met het PGB vv samengaan, zelf op verantwoorde wijze kan uitvoeren. De ziektekostenverzekeraar is hierop in de procedure niet verder ingegaan en heeft zijn stelling niet onderbouwd. Zodoende zal de commissie bij de beoordeling ervan uitgaan dat niet meer in geschil is dat verzoeker aan het bepaalde in artikel 2 voldoet en zich beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat blijkens de aanvraag die in dit kader als uitgangspunt wordt genomen, uit hulp bij het aan- en uitkleden, douchen, zorg voor haren, tanden en nagels, en het smeren van zalf op het gehele lichaam. Verder is sprake van hulp bij het toedienen van medicatie, huishoudelijke zorg en persoonlijke begeleiding. Huishoudelijke zorg en persoonlijke begeleiding vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. 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. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. De noodzaak van onverwachte zorg als verzoeker op de grond valt, kan op een andere manier worden ondervangen, zoals door middel van personenalarmering, indien hiervoor een indicatie wordt vastgesteld. 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. Dat hij kampt met afasie en een spraakstoornis is niet in de indicatiestelling opgenomen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn vaste zorgverlener omdat zij hem verstaat en goed kan omgaan met zijn stoornis en fysieke beperkingen, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en wensen. Het gegeven dat verzoeker het niet prettig vindt om door verschillende mensen te worden geholpen en dat hij eerder negatieve ervaring heeft opgedaan met zorg in natura, kan niet leiden tot

 een andere uitkomst. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

-  10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 18 januari 2017,

 A.I.M. van Mierlo