

# BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, diagnostisch consult  
Farmaceutische zorg, Supradol®, Tagamet®, Amoxil®, Keppra®,  
Dorixina® Forte, Flagyl®  
Zaaknummer : 2007.2292  
Zittingsdatum : 27 februari 2008

Zaak: 2007.2292, Geneeskundige zorg, buitenland, diagnostisch consult; Farmaceutische zorg, Supradol®, Tagamet®, Amoxil®, Keppra®, Dorixina® Forte, Flagyl®

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5, 2.39, 2.40, e.v., bijlage 1 en 2 Rzv, 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten)

## 1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

## De bestreden beslissing

2 Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 16 mei 2007 de vergoeding van de door hem ondergane diagnostische consulten in een ziekenhuis in Mexico gedeeltelijk te vergoeden en het niet vergoeden van medicijnen.

## 3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Uitgebreid (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

3.2. Verzoeker heeft naar aanleiding van zijn klachten patroon bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de volledige kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "diagnostische consulten en medicijnen (Supradol®, Tagamet®, Amoxil®, Keppra®, Dorixina® Forte, Flagyl®) in Mexico" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak op de diagnostische consulten gedeeltelijk, en zijn aanspraak op de medicijnen volledig is afgewezen.

3.3. Van 17 februari tot en met 16 maart 2007 heeft het onderzoek, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Gedurende deze periode zijn ook de onderhavige medicijnen aangeschaft.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 31 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering .
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37.00 voldaan. waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2007 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Bij brief van 14 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3. van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 15 januari 2008 de commissie geadviseerd tot toewijzing van een hogere vergoeding voor zover het de farmaceutische zorg betreft en tot een afwijzing met betrekking tot de diagnostische consulten in Mexico, tenzij blijkt dat verzoeker op grond van nadere informatie recht heeft op toepassing van een duurdere DBC-prestatiecode. Een afschrift van dit advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 december 2007 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 27 februari 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 maart 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij sinds 13 december 2006 lijdt aan maag-, darm- en hoofdpijn. In het LUMC is na meerdere onderzoeken niets concreets gevonden. Daarom heeft hij besloten naar Mexico te vliegen om daar verder diagnostisch onderzoek te ondergaan. Hiervoor heeft hij een rekening gekregen van € 2.657,85, waarvan € 771,36 wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Hij begrijpt niet waarom bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding van de kosten uit Mexico niet is uitgegaan van betrokkenheid van meerdere specialisten. In deze rekening zijn ook begrepen de door verzoeker in Mexico aangeschafte medicijnen, te weten Supradol®, Tagamet®, Amoxil®, Keppra®, Dorixina® Forte, Flagyl® .
- 4.2. Verzoeker stelt dat de kosten van de specialisten en de meeste behandelingen in Mexico lager zijn dan in Nederland. Hij ondersteunt deze stelling door een aantal printpagina's met betrekking tot tarieven van specialisten en radiologie, afkomstige van de tariefapplicatiewebsite van de Nederlandse Zorgautoriteit. Hij stelt dat de zorgverzekeraar rechtens het maximaal in Nederland geldende tarief dient te ver-

goeden van elk diagnostisch onderzoek dat verzoeker in Mexico heeft ondergaan, alsmede de medicatie die hem is voorgeschreven.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in eerste instantie acht weken op een afspraak met een medisch specialist in het LUMC zou moeten wachten en dat de daarop volgende afspraak eerst na vier weken mogelijk was. Daarop heeft zijn vrouw hem aangeraden hulp te zoeken in Mexico omdat daar geen wachtlijsten bestaan. Voorts geeft hij aan dat de opmerking van de zorgverzekeraar dat reis- en verblijfskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, niet correct is, omdat hij niet om vergoeding van deze kosten heeft gevraagd .

4.4. Desgevraagd geeft verzoeker aan dat met uitzondering van één middel, waarvan niet om vergoeding is verzocht, alle middelen zijn gebruikt voor zowel het onderzoek als ter bestrijding dan wel behandeling van zijn klachten.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten van de behandeling in het buitenland tot maximaal het in Nederland geldende tarief voor vergoeding in aanmerking komt. Daartoe stelt de zorgverzekeraar dat deze tarieven in Nederland worden vastgesteld aan de hand van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC), hetgeen een all-in tarieven zijn voor alle onderzoeken die samenhangen met een bepaalde diagnose. In de Nederlandse systematiek worden niet alle onderzoeken apart in rekening gebracht.

5.2. Op grond hiervan heeft de zorgverzekeraar voor de diagnostische consulten DBC-code 18.11.11.0800.0101 vastgesteld, dat ziet op reguliere zorg bij niet classificeerbare divers gastro-enterologische diagnoses tijdens reguliere poliklinische behandeling. Hieronder vallen alle diagnostische activiteiten zoals lab, scintigrafie en MRI alsmede de inschakeling van ondersteunende specialisten. Voorts is gekeken naar wat een gemiddeld, niet-academisch ziekenhuis in Nederland daarvoor in rekening brengt. Uitgaande van het Diakonessenhuis in Utrecht is een bedrag van € 771, 36 vergoed. Het eenmalig contact met Fernando Urrutia MD in Houston (Verenigde Staten) wordt op basis van DBC-code 18.11.00.0204.0104, dat ziet op reguliere zorg bij chronische buikpijn tijdens enkelvoudig poliklinisch consult bij een gastro-enteroloog, eveneens uitgaande van het Diakonessenhuis in Utrecht, vergoed, hetgeen resulteert in een bedrag van € 179,98.

5.3. De medicatie wordt verondersteld door en vanwege het ziekenhuis te zijn verstrekt. Deze vallen derhalve onder de betreffende DBC-codes en worden niet afzonderlijk vergoed.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het onderhavige geval, bij gebrek aan een passende DBC-code, gekozen is voor de 'next best' . Daarbij is gekozen voor de DBC-code met het hoogste bijbehorende tarief.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

## 6 De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

### De beoordeling van het geschil

7 Het betreft hier een combinatiepolis. Medisch-specialistische zorg valt onder de restitiebepalingen, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.

7.1

Artikel 18.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Hierin wordt, voor zover hier relevant, geregeld dat:

*"lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of een andere medisch-specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. (. . .) De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. "*

Artikel 18.2 lid 2 onder b van de zorgverzekering regelt de niet-klinische medisch-specialistische zorg:

*"Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.  
(. . .)*

*Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch-specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen."*

Ten algemene wordt in artikel 2, de leden 4 en 5, van de zorgverzekering het volgende geregeld:

*"lid 4 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.*

*lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. "*

Artikel 1.10 van de zorgverzekering definieert het begrip Diagnose Behandeling Combinatie:

*"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de*

diagnose en de behandeling. Het DBCtraject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen. "

- 7.2 Artikel 18.14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Hierin wordt, voor zover hier relevant, geregeld dat:

*"Artikel 18.14 Farmaceutische zorg*

*lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:*

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;*
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;*  
*(. . .).*

*lid 2 De onder artikel 18.14 lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in Het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar. Het Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website van de zorgverzekeraar en wordt desgevraagd toegezonden.*

*De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.*

*Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.*

*Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische Zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.*

*De onder artikel 18.14 lid 1 b genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.*

*Tevens geldt de onder lid 1 sub b genoemde aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel. "*

- 7.3 Voor zorg in het buitenland regelt artikel 18.17 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende:

*"lid 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:*

*- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg*

*vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend.;  
- indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastge-  
steld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal  
het in Nederland geldende marktconforme bedrag. "*

- 7.4. De regeling in de artikelen 1, 2, 18.2, 18.14 en 18.17 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.2 lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht hetgeen de verzekerde als eigen bijdragen had moeten betalen indien hij of zij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten alsmede de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat de beantwoording van de vraag óf sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in dit geval onbeantwoord kan blijven. Met het vergoeden van de onderhavige consulten in Mexico en de Verenigde Staten door de zorgverzekeraar is de beoordeling van de gebruikelijkheid, de indicatie en de doelmatigheid van de onderhavige zorg in dit specifieke geval immers niet meer relevant.
- 7.8. Het onderhavige geschil met betrekking tot de diagnostische consulten spitst zich toe op de volgende vraag: Heeft de zorgverzekeraar de juiste OBC-prestatiecode met het daarbij behorende tarief toegepast voor de onderhavige, door verzoeker in Mexico genoten, zorg?
- 7.9. De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde OBC-prestatiecode 18.11.05.0800.0101 niet helemaal correct is aangezien blijkt uit bijlage 2 van de Instructie OBC-registratie MOL 2007 de zorgvraag niet langer meer wordt geregistreerd. De genoemde OBC-prestatiecode blijkt dan ook ten tijde van het onderzoek niet meer in de NZa-tariefapplicatie voor te komen. Voorts wordt in bijlage 4 van de Instructie OBC-registratie MOL 2007 in de toelichting bij de diagnosetypering kenbaar gemaakt dat de Beroepsbelangen Commissie het overvloedig gebruik van diagnosecode 800 (niet classificeerbare diverse) ontraadt. Daarvoor is de aparte diagnosecode 820 toegevoegd die ziet op een negatieve analyse/geen MOL diagnose.  
Op grond van bovenstaande, in samenhang met de brief van de medisch-specialist van 13 februari 2007 waaruit blijkt dat bij verzoeker geen MOL-diagnose is gesteld, concludeert de commissie dat OBC-prestatiecode 18.11.00.0820.0101, die ziet op reguliere zorg/negatieve analyse/geen G.E. diagnose/reguliere behandeling poliklinisch, de meest toepasselijke OBC-prestatiecode is.  
Dit betreft een OBC-code uit het A-segment waarvoor het (zelfde) tarief een gegeven is, te weten € 658,05 ten tijde van de aanvraag.

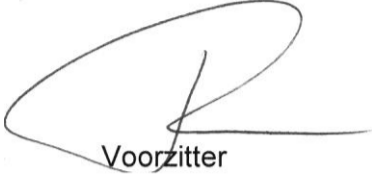
- 7.10. Voorts berust de DBC-systematiek op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Aangezien alle meegezonden rekeningen betrekking hebben op één behandeltraject, en de betreffende onderdelen zijn inbegrepen in het DBC-tarief voor de onderhavige ingreep, ziet de commissie hierin geen aanleiding de zorgverzekeraar meer te laten vergoeden dan op grond van de genoemde DBC-code geëigend is.
- 7.11. Het onder 7.9 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest.
- 7.12. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorg autoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Aangezien het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het - anders dan het DBC-tarief - niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen. Indien echter een zorgverzekeraar, om hem moverende redenen, van oordeel is dat ter zake van een uit het buitenland afkomstige declaratie een vergoeding inclusief dit verrekentarieff dient te worden vergoed, zoals in dit geval, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.13. Het onderhavige geschil met betrekking tot de farmaceutische zorg spitst zich toe op de volgende vragen: heeft verzoeker recht op vergoeding van de in Mexico aangeschafte medicijnen, te weten Supradol® (werkzame stof: ketolac tromethamine), Tagamet® (werkzame stof: cimetidine), Amoxil® (werkzame stof: amoxicilline), Keppra® (werkzame stof: levetiracetam), Dorixina® Forte (werkzame stof: dextropropoxyfeen) en Flagyl® (werkzame stof: metronidazol) omdat deze zijn aan te merken als zelfstandig verzekerde prestatie of worden deze medicijnen geacht door of vanwege het ziekenhuis te zijn verstrekt. Daarna komt een eventuele vraag naar de hoogte van de vergoeding aan de orde.
- 7.14. Voor het antwoord op de vraag of Supradol®, Tagamet®, Amoxil®, Keppra®, Dorixina® Forte en Flagyl®, zijn aan te merken als een zelfstandig verzekerde prestatie dan wel geacht worden te zijn verstrekt door of vanwege het ziekenhuis oordeelt de commissie als volgt. Ter zitting is verzoeker, in reactie op de stelling van de zorgverzekeraar, expliciet gevraagd of de onder 7.13 genoemde medicijnen door of vanwege het ziekenhuis zijn verstrekt. Verzoeker heeft geantwoord dat deze genoemde medicijnen zowel voor de onderzoeken, als voor de behandeling dan wel de bestrijding van zijn klachten zijn voorgeschreven. Op grond hiervan komt de commissie tot de conclusie dat door verzoeker de stelling van de zorgverzekeraar dienaangaande onvoldoende is weerlegd.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 maart 2008,



Voorzitter