



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), toekenning
Zaaknummer : 201501577
Zittingsdatum : 23 maart 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: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 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 TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 14 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 mei 2015 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 6 oktober 2015 heeft verzoekster 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 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 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 maart 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 15 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016007919) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben ten aanzien van de vraag of verzoekster in staat is het PGB vv te beheren, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Aan de vraag of zij voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement wordt niet toegekomen. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 maart 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Ik zoek iemand spreekt mijn moedertaal Armeens. Ik heb zorg nodig op ongebruikelijke tijden (bv tussen 23.00 uur en 7.00 uur). Ik heb niet contact opgenomen, want ik heb al lang PGB en ben ik tevreden. (...) Ik heb hulp nodig bij:*
- aankleden en uitkleden
- douchen
- wc helpen
- medicijnen geven
- steunkussen (...)
I.v.m. de cultuur, taal, de religie, tijdsgebonden en verschillende locaties. (...)".
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor persoonlijke verzorging van 14,25 uren per week.
-  4.2. Verzoekster slaapt slecht vanwege haar handicap, zodat het moeilijk is in te plannen wanneer zij kan opstaan en hulp nodig heeft bij het wassen, douchen en aankleden. De zorg is nodig op ongebruikelijke tijdstippen en wisselt in frequentie. Om medische redenen is er niet altijd hulp nodig op afroep of in de nabijheid. Wanneer deze zorg echter wel nodig is, mag verzoekster hierop kennelijk van de ziektekostenverzekeraar geen beroep doen. Verzoekster ontvangt al vijf jaar lang een PGB vv. Inmiddels is haar situatie eerder verslechterd dan verbeterd, hetgeen continuering van het PGB vv zou rechtvaardigen.
-  4.3. De ziektekostenverzekeraar neemt het niet zo nauw met de procedure. Verzoekster ontving in eerste instantie een standaard afwijzingsbrief, waarin foutieve argumenten werden gebruikt. In deze brief is de mogelijkheid van het indienen van een klacht niet genoemd. Bij vragen moet telefonisch contact worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Nadat verzoekster een officiële klacht had ingediend, ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een brief met een nadere uitleg. Hierbij werd echter maar gedeeltelijk ingegaan op de argumenten die verzoekster naar voren had gebracht.

Het heeft er alle schijn van dat de ziektekostenverzekeraar gelegenheidsargumenten aanvoert teneinde de aanvraag voor toekenning van het PGB vv te kunnen afwijzen. Telkens komt men met nieuwe argumenten, die aan de essentie van de bezwaren van verzoekster voorbij gaan.

- 4.4. Ter zitting is namens verzoekster aangevoerd dat zij lijdt aan depressies, zodat het belangrijk is dat zij een vaste zorgverlener heeft. Daarnaast valt zij vaak, zodat het zou kunnen gebeuren dat zij uren op de grond ligt te wachten tot er iemand komt om haar te helpen. Verzoekster heeft voorts waanideeën, en verblijft daarom vaak bij haar dochter. Een en ander leidt tot de conclusie dat de zorg niet planbaar is. Daarnaast had verzoekster een indicatie tot 2027. Omdat de situatie verslechterde is een nieuwe aanvraag gedaan. Deze geldt nog maar voor een jaar, en betreft alleen zorg in natura. Daarbij moet worden voldaan aan allerlei nieuwe eisen. Verzoekster ontvangt op dit moment geen zorg in natura. Zij wordt alleen geholpen bij het inspuiten van insuline. Met de zorg in natura zijn diverse malen problemen geweest. Zo weigerde verzoekster de deur te openen voor de medewerkers, omdat zij deze niet kende. De dochter van verzoekster wil regelen dat zij haar wettelijk vertegenwoordiger wordt.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op 22 mei 2015 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar met verzoekster het zogenoemde "Bewust Keuze Gesprek" (BKG) gevoerd. Uit het gesprek is gebleken dat verzoekster de zorg vanwege medische redenen niet vaak nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen, het niet gaat om zorg die vooraf slecht is in te plannen, het niet gaat om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep, en verzoekster om medische redenen geen vaste zorgaanbieders nodig heeft in verband met een specifieke zorgverlening of in verband met het gebruik van een specifiek (eigen) hulpmiddel. De geïndiceerde zorg kan door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder in natura worden geboden.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn beslissing meegewogen of verzoekster in staat is op eigen kracht of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op een verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in dat zij zelf contracten kan afsluiten en controleren met zorgaanbieders, dat zij taken kan verrichten zoals werving van personeel en het opstellen van uurroosters, en dat zij het toezicht kan houden op nakoming van de overeenkomst. Tijdens het BKG is gebleken dat verzoekster niet in staat is de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Zulks is door haar tijdens het gesprek bevestigd. Ook is niet gebleken dat verzoekster een wettelijk vertegenwoordiger heeft.
- 5.3. Verder bepaalt artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar dat geen PGB vv wordt verstrekt indien een verzekerde tegelijkertijd zorg ontvangt van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Tijdens het BKG is gebleken dat verzoekster op dit moment zorg ontvangt van Buurtzorg voor het dagelijks toedienen van insuline. Ook op deze grond heeft verzoekster derhalve geen aanspraak op toekenning van het PGB vv.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het erom gaat dat verzoekster het PGB vv niet zelf kan beheren, en zij geen wettelijk vertegenwoordiger heeft. Verder ontvangt verzoekster reeds zorg in natura, zodat op grond van artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' niet tevens aanspraak bestaat op het PGB vv. Voor zover het gaat om de toetsing aan artikel 3 van genoemd reglement, geldt dat de benodigde zorg goed planbaar is. Het gaat niet om 24-uurs zorg en er is geen noodzaak voor specifieke zorgverlening. Het gestelde ten aanzien van de depressies, de waanideeën en het valrisico heeft geen relatie met het PGB vv. Wellicht zou met de huisarts kunnen worden gesproken over de mogelijkheid van GGZ-zorg of personenalarmeringsapparatuur.

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 A17 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 verzoekster 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft. (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij ons Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- Omvang verpleegkundige handeling.
- Frequentie verpleegkundige handeling.
- Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum). (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden 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 vv. U komt in aanmerking voor het PGB vv 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 vv 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' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Heeft 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 vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het PGB vv.

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

- u heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- u 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;
- u heeft 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 heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U krijgt geen PGB vv als u:

- tegelijkertijd verpleging en verzorging ontvangt van een zorgaanbieder die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg; (...)"*

8.7. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.7 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).

8.8. 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.

8.9. 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroepen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat tijdens het BKG door verzoekster is verklaard dat zij niet in staat is zelf een PGB vv te beheren. Ook heeft zij geen wettelijk vertegenwoordiger, hetgeen een eis is die is gesteld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Door verzoekster is hierop geen verweer gevoerd, anders dan dat zij al vijf jaar een PGB vv ontvangt. Dit was evenwel op grond van een andere regeling. Gelet op het voorgaande acht de commissie aannemelijk dat verzoekster niet behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld.

- 
- 9.3. Aangezien verzoekster niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die zij nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven. Ten aanzien van de uitsluiting zoals genoemd in artikel 4 van genoemd reglement, merkt de commissie op dat de verantwoordelijke staatssecretaris bij herhaling erop heeft gewezen dat een combinatie van PGB vv en zorg in natura niet op voorhand mag worden uitgesloten, zodat het enkele feit dat een verzekerde reeds zorg in natura ontvangt niet eraan in de weg hoeft te staan dat een PGB vv wordt aangevraagd.
- 
- 9.4. Voor zover het geschil betrekking heeft op de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de klacht in eerste instantie heeft behandeld, geldt dat de commissie niet kan treden in kwesties met betrekking tot bejegening.
- 

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis 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, 6 april 2016,



A.I.M. van Mierlo

