



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), ingangsdatum

Zaaknummer : 201600248

Zittingsdatum : 17 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(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, vertegenwoordigd door C te B,
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 grond 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 GarantVerzorgd 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 GarantTandVerzorgd 650 is niet in geschil en blijft daarom verder 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 21 december 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 15 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster een PGB vv toe te kennen met ingang van 1 januari 2016.
- 
- 3.4. Bij brief van 18 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog over de periode van 26 mei 2015 tot en met 31 december 2015 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 29 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft bij ongedateerd antwoordformulier medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 juli 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan ten aanzien van verzoekster, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"(gon)artrose, astmatische bronchitis, hypertensie, veneuze klachten. Mitralisinsufficiëntie (hartklep recent febr. 2015 vervangen) (...) osteoporose. Last van duizelingen/tremoren, hooikoorts, ménière. (...) verminderd activiteitsvermogen, mobiliteitstekort, moeheid, verminderd huishoudvermogen, (volledig) tekort aan persoonlijke zorg, ineffectieve ademhaling (...) Mevr. wil samen met echtgenoot zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. (...) Mevr. heeft voornamelijk moeite met zware inspannende dingen en bukken en tillen. (...) Mevr. heeft gedeeltelijk hulp nodig bij de dagelijkse ADL (...) (wassen-aan-uitkleden) en bij douchen wordt ze bijna volledig geholpen. Toiletgang e.d. doet ze zelfstandig en medicatie zou ook zelfstandig gaan d.m.v. een baxter en wat ondersteuning/herinnering partner. (...) Zoon regelt de gehele administratie en helpt ouders waar nodig. (...) Huis is aangepast (toilet en douche-stoel). Er is een rolstoel aanwezig voor buiten en stok rollator voor binnen. (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 5 uren en 15 minuten per week.
- 4.2. Verzoekster heeft al jaren de beschikking over een PGB vv voor Persoonlijke Verzorging van 4 tot 6,9 uren per week. De indicatie die zij had ontvangen via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) liep af op 25 mei 2015. Bij brief van 13 maart 2015 stuurde de ziektekostenverzekeraar haar een zogenoemde verleningsbeschikking. Hierin stond dat het PGB vv uiterlijk tot 31 december 2014 werd toegekend. Als de indicatie langer zou doorlopen, hoefde verzoekster niets te ondernemen. Aan het einde van het kalenderjaar zou zij een nieuwe verleningsbeschikking moeten ontvangen. Een en ander is in lijn met het bepaalde in artikel 9.3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (2016). Verzoekster ontving echter geen verleningsbeschikking, en kwam er pas laat achter dat zij een nieuwe aanvraag moest indienen. In augustus 2015 vernam verzoekster via de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die de loonadministratie voor het PGB vv heeft overgenomen, dat er geen budget meer was, zodat de zorgverlener niet kon worden betaald. Het is toen niet meegevallen een wijkverpleegkundige te vinden die tijdig bij verzoekster kon langskomen voor een herindicatie. Pas begin november 2015 was er iemand beschikbaar. Vervolgens is een aanvraag ingediend, die door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.

4.3. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 11 april 2016 een 'Bewust Keuze Gesprek' met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Aan de hand hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen met ingang van 1 januari 2016.

Gelet op de gang van zaken is verzoekster van mening dat zij met terugwerkende kracht over de periode van 26 mei 2015 tot en met 31 december 2015 een PGB vv dient te krijgen.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster is op 11 april 2016 uitgenodigd voor een 'Bewust Keuze Gesprek'. Op basis van het dossier en de uitkomst van het gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen met ingang van 1 januari 2016.

5.2. Verzoekster heeft in 2014 bezwaar gemaakt op een indicatie van het CIZ. Het CIZ heeft op 27 februari 2015 een beslissing genomen op dit bezwaar. Het zorgkantoor heeft naar aanleiding van dit besluit op 13 maart 2015 een toekenningsbeschikking voor het PGB vv aan verzoekster gezonden. Dit betrof de periode van 26 november 2014 tot en met 31 december 2014.

In de brief van 13 maart 2015 is verzoekster erover geïnformeerd dat de indicatie voor een PGB vv zou eindigen op 25 mei 2015. Op 6 mei 2015 heeft verzoekster een machtiging ontvangen waarin ook de einddatum van 25 mei 2015 is vermeld. Verzoekster had in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar of op de website kunnen lezen welke stappen zij had moeten ondernemen om het PGB vv te verlengen. Indien er daarna nog onduidelijkheden waren, had zij telefonisch contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar.

De ziektekostenverzekeraar gaat dan ook niet akkoord met het verzoek alsnog een PGB vv toe te kennen voor de periode van 26 mei 2015 tot en met 31 december 2015.

5.3. 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 alsnog het PGB vv over de periode van 26 mei 2015 tot en met 31 december 2015 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 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"De ingangsdatum van het PGB vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben goedgekeurd. De toekenning van het PGB vv wordt schriftelijk aan u bevestigd; (...)"

- 8.7. Artikel 9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"9.1 Uw PGB vv wordt jaarlijks na afloop van een kalenderjaar automatisch verlengd, zolang de indicatie waarop de toestemming is gebaseerd nog van kracht is.

9.2 De looptijd van het PGB vv is maximaal 5 kalenderjaren of delen van kalenderjaren. Indien u, nadat uw PGB vv 4 maal automatisch is verlengd, en u nog steeds een PGB vv wilt ontvangen, moet u weer een nieuwe PGB-aanvraag bij uw zorgverzekeraar indienen, conform artikel 4.

9.3 In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij u toesturen staat de looptijd van uw PGB beschreven. Mochten zich tussentijds verbeteringen in uw gezondheidstoestand voordoen dan moet u dat zo spoedig mogelijk melden aan ons.

9.4 Voor de indicatie geldt het volgende. Wanneer uw huidige indicatie verloopt dan moet u zelf bij de verpleegkundige minimaal zes weken voor het aflopen van de indicatie een nieuwe indicatie aanvragen."

- 8.8. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4.8 en 9 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).
- 8.9. 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.
- 8.10. 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 verzoekster 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 en dat zij hiervoor een indicatie heeft als bedoeld in artikel 3 van genoemd reglement. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster dan ook een PGB vv toegekend met als ingangsdatum 1 januari 2016. Ook vóór 26 mei 2015 had verzoekster een PGB vv.
Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster aanspraak heeft op het PGB vv over de periode van 26 mei 2015 tot en met 31 december 2015. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Vast staat dat verzoekster ermee bekend was dat haar indicatie voor het PGB vv afliep op 25 mei 2015. Dit was haar immers bij brief van 13 maart 2015 en bij machtiging van 6 mei 2015 medegedeeld. De wijkverpleegkundige heeft evenwel eerst op 1 december 2015 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor verlenging hiervan, met als beoogde ingangsdatum 31 december 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen besloten verzoekster met ingang van 1 januari 2016 het PGB vv toe te kennen. Dit is in lijn met het bepaalde in artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Gesteld noch gebleken is dat een eerdere aanvraag is gedaan, laat staan dat sprake is geweest van een eerdere goedkeuring van een aanvraag door de ziektekostenverzekeraar.

- 9.4. Gelet op artikel 9.4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is het bij het aflopen van de indicatie de verantwoordelijkheid van verzoekster minimaal zes weken van tevoren een nieuwe indicatie aan te vragen via de wijkverpleegkundige. Dat zij dit aanvankelijk heeft nagelaten, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- Verzoekster beroept zich op artikel 9.3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar van het kalenderjaar 2016. Aangezien de in het geding zijnde aanvraag betrekking heeft op de periode van 26 mei 2015 tot en met 31 december 2015, zijn de voorwaarden van dat jaar van toepassing. Dit argument van verzoekster kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.

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, 17 augustus 2016,

A.I.M. van Mierlo