



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen N.V.
Univé Zorg te Zwolle

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, gastric bypass, indicatie,
doelmatigheid, voortraject

Zaaknummer : 201400285

Zittingsdatum : 18 februari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (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 Extra Zorg Polis Best 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een gastric bypass, uit te voeren te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster verwezen naar twee Nederlandse klinieken voor een screening.
- 3.2. Verzoekster heeft de gastric bypass op 4 juni 2012 in Antwerpen ondergaan. Zij heeft de kosten vervolgens gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 14 augustus 2014 heeft verzoekster 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).
- 3.6. 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Op verzoek van verzoekster is de hoorzitting eenmaal verzet. Daarna heeft zij telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Bij brief van 13 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014145890) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat is voldaan aan de indicatievoorwaarden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 december 2014 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 februari 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 19 februari 2015 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 27 februari 2015 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend arts heeft op 8 mei 2012 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Patiënte heeft een gewicht van 120 kg, bij een lengte van 1m72, BMI: 40,56 en probeerde reeds verschillende diëten, medicaties, diëtiste en gastric band. Als comorbiditeit vermelden we: rugklachten. Wegens falen gastric band werd na multidisciplinair overleg (chirurg, diëtiste, endocrinoloog, psycholoog) besloten dat patiënte om medische redenen in aanmerking komt voor een laparoscopische gastric bypass. (...) Opvolging chirurg: na 10 dagen, 6 weken, 3 maanden, 6 maanden, 9 maanden, 12 maanden, 18 maanden, 24 maanden na ingreep. Opvolging diëtiste: 6 weken na ingreep. Opvolging fysiotherapie: bewust bewegen: 2x/week gedurende 9 weken. Indien door patiënt gewenst opvolging door psycholoog. (...)"*.
- 4.2. Op 1 juni 2012 heeft de behandelend chirurg verklaard: *"Wegens rugproblemen is patiënte niet in staat voldoende te bewegen. Zij kampt al meer dan 10 jaar met een ernstig overgewicht na bevalling. Na recente verwijdering van de maagband is er een gewichtstoename van 23 kg in 3 maanden. Haar huidige gewicht is 121 kg. Er zijn vele begeleide afvalpogingen geweest alsmede psychologische begeleiding. Er is een stabiel eetpatroon verspreid over de dag, de porties worden momenteel iets groter na verwijderen van de maagband. (...) Snel progressieve gewichtstoename na verwijderen van een functionele maagband wegens recidiverende pneumonieën. Wegens ernstige rugproblemen is er een indicatie voor revisionele bariatrische chirurgie. Gezien het voortraject en het eetpatroon is er een indicatie voor een laparoscopische Roux-Y Gastric Bypass. (...)"*.

- 4.3. Verzoekster heeft gedurende twaalf jaar een maagband gehad. Vanwege longproblemen is deze op 1 februari 2012 verwijderd. Als gevolg daarvan is verzoekster 23 kilo aangekomen. Zij heeft daarom op verwijzing van de huisarts de arts in Antwerpen bezocht, die haar een gastric bypass aanraadde. Daarna heeft zij de kostenbegroting gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar, met de vraag om toestemming voor de ingreep. De ziektekostenverzekeraar antwoordde haar bij brief van 22 mei 2012 dat zij terecht kon bij twee Nederlandse klinieken voor een screening. Omdat een machtiging was gevraagd voor de ingreep in Antwerpen, en het eerste consult op 1 juni 2012 - bestaande uit een second opinion - door de ziektekostenverzekeraar was goedgekeurd, heeft verzoekster hierover nog enkele malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Uiteindelijk heeft zij ervoor gekozen de ingreep in Antwerpen te ondergaan en de kosten achteraf bij de ziektekostenverzekeraar te declareren. Vergoeding hiervan werd echter afgewezen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat de BMI van verzoekster ten tijde van het verwijderen van het maagbandje 34 was. Uit de stukken blijkt immers dat het ging om een BMI van 40,56. Verder is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat door verzoekster niet eerst alle gangbare niet-chirurgische behandelingen zijn geprobeerd. Verzoekster kampt echter al sinds haar bevalling in 1999 met ernstig overgewicht. Sindsdien heeft zij vele afvalpogingen ondernomen en heeft psychologische begeleiding plaatsgevonden. In 1999 is bij haar een maagballon geplaatst. Deze is ongeveer een half jaar later verwijderd, en in augustus 2000 heeft zij het maagbandje gekregen. Na verwijdering hiervan op 1 februari 2012 is verzoekster 23 kilo aangekomen. Zij heeft hierna geen specifieke niet-chirurgische behandelingen gevolgd, omdat deze in het verleden niet hadden geleid tot het gewenste resultaat. Enkel de chirurgische ingreep kon nog soelaas bieden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij op 4 juni 2012 een gastric bypass heeft ondergaan zonder voorafgaande goedkeuring van de ziektekostenverzekeraar. De reden dat zij niet eerst een dieet heeft gevolgd is dat zij al haar hele leven kampt met overgewicht. Diëten hebben nooit geholpen, en zij verwachtte dan ook niet dat dit nu wel het geval zou zijn. Intussen kreeg zij last van zowel haar longen als haar rug, zodat de ingreep medisch geïndiceerd was. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het voortraject niet is gevolgd, is correct. Verzoekster had echter te lijden onder de verwijdering van de maagband. Als zij het traject wel had gevolgd, had zij wellicht wel een vergoeding ontvangen. Verzoekster begrijpt dat geen volledige vergoeding wordt verleend, maar vraagt zich, gelet op de omstandigheden, af of geen gedeeltelijke vergoeding mogelijk is.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Uit de stukken blijkt dat verzoekster sinds 2000 een maagbandje had dat na een opname in verband met longklachten op 1 februari 2012 is verwijderd. Op 4 april 2012 heeft verzoekster tijdens een controle bij de longarts gemeld dat zij zou gaan praten over een gastric bypass. Verzoekster is in het verleden meerdere malen aan haar rug geopereerd in het Belgische ziekenhuis.
- 5.2. Voor morbide obesitas is een conservatieve behandeling aangewezen. Voordat men eventueel overgaat tot een operatie moet een multidisciplinair voortraject worden doorlopen. Bij ernstige comorbiditeit moet worden gedacht aan bijvoorbeeld metabole en endocriene stoornissen, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. Rugklachten vallen hier niet onder. Volgens de richtlijnen kan bariatrische chirurgie worden overwogen als aan de volgende criteria wordt voldaan:

- de persoon heeft een BMI ≥ 40 , of een BMI tussen de 35 en 40, gepaard gaande met comorbiditeit (zoals diabetes mellitus type 2 of een hoge bloeddruk) die kan verbeteren indien gewichtsverlies optreedt;
- gangbare niet-chirurgische behandelingen zijn uitgeprobeerd, maar hebben niet geresulteerd in gewichtsverlies of -behoud;
- de persoon is intensief behandeld (of zal worden behandeld) in een in de behandeling van obesitas gespecialiseerde kliniek;
- de persoon is voldoende gezond om anesthesie en chirurgie te ondergaan (dit is gebaseerd op een afweging van het operatierisico en de potentiële gezondheidswinst door de operatie);
- de persoon begrijpt de noodzaak van en is bereid mee te werken aan langdurige follow-up;
- de persoon is bereid dagelijks levenslang vitaminepreparaten te slikken.

5.3. Op het moment van het verwijderen van het maagbandje had verzoekster een gewicht van 100 kg en daarmee een BMI van ruim 34. Zij voldeed toen niet aan het eerstgenoemde criterium voor een gastric bypass. Ook was bij verzoekster geen sprake van comorbiditeit. Er zijn na verwijdering van het maagbandje geen niet-chirurgische behandelingen uitgeprobeerd. Verder is niet te achterhalen of door het Belgische ziekenhuis multidisciplinaire nazorg is geleverd, en of verzoekster is begeleid om niet direct weer veel in gewicht aan te komen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het duidelijk is dat verzoekster voor deze weg heeft gekozen, maar dat dit wel jammer is. De ziektekostenverzekeraar volgt in deze de CBO-richtlijn. De ingreep kan pas worden uitgevoerd als aan alle indicatievoorwaarden is voldaan. Zoals ook uit het advies van het Zorginstituut blijkt, heeft verzoekster niet het juiste voortraject gevolgd. Dat diëten in het verleden niet hebben geholpen, maakt niet dat dit nu niet hoeft te worden geprobeerd. De rugklachten op zich vormen geen indicatie voor een gastric bypass. Verzoekster heeft te snel besloten de ingreep te ondergaan. Om die reden kan de ziektekostenverzekeraar haar geen vergoeding verlenen, ook geen gedeeltelijke.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"

 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:


"U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:


- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;


- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"

 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)"


 8.6. De artikelen 1.2, 9 en 14 van de zorgverzekering 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beoordeeld.

 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.


8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat zij voor screening terecht kon in één van de twee door hem genoemde Nederlandse klinieken en voorts dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie voor een gastric bypass ontbreekt alsmede dat de betreffende zorg niet doelmatig is, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak hierop bestaat. Onder deze omstandigheden blijft de verordening buiten toepassing en dient de aanspraak te worden beoordeeld op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat in dat verband sprake is van een verzekerde prestatie, staat niet ter discussie. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende.
- 9.3. Uit de verklaring van de behandelend arts van 8 mei 2012 blijkt dat de BMI van verzoekster ten tijde van de ingreep 40,56 was. De ziektekostenverzekeraar gaat ten onrechte uit van een BMI van 34. Deze waarde is vermeld in een verklaring van de behandelend arts van 11 januari 2013 en betref derhalve de status na de ingreep. De door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde eis van ernstige comorbiditeit geldt niet bij een BMI ≥ 40 , zoals in casu aan de orde, zodat aannemelijk is dat verzoekster ten tijde van de behandeling hiervoor een indicatie had. Rest de vraag of de ingreep ook doelmatig was.
- 9.4. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel 1.2 van de polisvoorwaarden. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien van een dergelijk geval een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zich beroepen op een behandelprotocol voor bariatrische chirurgie. Hierin staat dat een doelmatig multidisciplinair voortraject bestaat uit een beoordeling van de indicatie voor de ingreep, de gezondheid van de patiënt, eventuele psychische contra-indicaties, de motivatie en het inzicht van de patiënt in de eigen problematiek en het geven van




goede voorlichting. Verder moet sprake zijn van een gedocumenteerde leefstijlinterventie, die dient te bestaan uit een dieetaanpassing en lichaamsbeweging onder begeleiding van - bij voorkeur - een huisarts of diëtist. Deze leefstijlinterventie dient ten minste een half jaar te zijn volgehouden. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster het voortraject niet heeft doorlopen. Verzoekster heeft hiertegen ingebracht dat zij in het verleden onder behandeling is geweest van een diëtist. Ook zou zij psychologische begeleiding hebben gehad. Hiervan bevindt zich echter geen nadere onderbouwing in het dossier. Tevens blijkt uit de stukken niet dat na verwijdering van de maagband een multidisciplinair voortraject is doorlopen. De enkele consulten bij de diëtiste, de endocrinoloog en de psycholoog van het ziekenhuis zijn hiervoor onvoldoende.






De commissie kan daarom de ziektekostenverzekeraar volgen indien deze stelt dat geen sprake is van een doelmatig voortraject.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk

