



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen, vertegenwoordigd door Aevitae B.V.
te Heerlen

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, onderzoek en pars plana
vitrectomie in verband met cataract, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201402441

Zittingsdatum : 28 januari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

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] Natura (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 BAM pakket 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 vergoeding van de kosten van een *"uitgebreid diagnostisch onderzoek met OCT (...) uitgebreide glaucoom-controle met o.a. HRT, GDX en gezichtsveldonderzoek"* en een *"pars plana vitrectomie aan beide ogen"* (hierna: de aanspraak) uit te voeren te Ahaus, Duitsland. Bij brieven van 9 april en 19 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 438,-- respectievelijk € 1.498,--.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 16 september 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 november 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 28 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 15 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014153022) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste zorgproductcodes zijn gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2015 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 3 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 10 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 oogarts heeft op 21 oktober 2013 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard:
"Kosten all-in € 1.260,00 per oog voor de cataract-operatie (...) € 252,22 voor de polikliniekbezoeken (...) cataract beide ogen, begin van epiretinale gliose LO (...) RO: 0,50 en LO: 0,50 (...) Wij raden i.v.m. de slechte visus van de patiënt een cataract-operatie aan beide ogen aan. Verder adviseren wij uitgebreid diagnostisch onderzoek met gezichtsveldonderzoek en HRT bij vermoeden op glaucoom aan. (...)"
Op 31 maart 2014 heeft de oogarts verklaard:
"Kosten all-in € 393,93 voor 2-4 polikliniekbezoeken (...) € 171,82 voor diagnostisch onderzoek bij glaucoom (...) Diagnose: toestand na(...) cataract-operatie ODS, glasvochtvertroebelingen ODS, epiretinale gliose OD (...) RO: 0,40 en LO: 9,63 (...) Aangezien het risico van netvliesloslating bij epiretinale gliose adviseren wij patiënte uitgebreid diagnostisch onderzoek met OCT. Verder raden wij i.v.m. verhoogde oogdruk van [verzoekster] uitgebreide glaucoom-controle met o.a. HRT, GDX en gezichtsveldonderzoek aan. (...)"
Op 30 mei 2014 heeft de oogarts verklaard:
"Kosten all-in € 2.187,98 per oog (...) epiretinale gliose ODS, glasvochtstroebeling (...) RO: 0,8 LO: 0,8 (...) In verband met epiretinale gliose hebben wij patiënte een pars plana vitrectomie aan beide ogen aangeraden. (...)"
- 4.2. De eerste aanvraag van de oogarts, van 21 oktober 2013, is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd tot een bedrag van maximaal € 3.045,35, zijnde 100 percent van het Nederlandse tarief. De tweede aanvraag van de oogarts, van 31 maart 2014, en de derde aanvraag, van 30 mei 2014, zijn goedgekeurd tot een bedrag van € 438,-- respectievelijk € 1.498,-- per oog. Dit is slechts 80 percent van het Nederlandse tarief.
- 4.3. De tweede en derde aanvraag betreffen een vervolg op de ingreep die in oktober 2013 werd aangevraagd, en die door de ziektekostenverzekeraar is goedgekeurd en volledig vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn goedkeuringsbrief erkend dat er eventuele noodzakelijke vervolgooperaties na complicaties zouden kunnen zijn. Verzoekster is niet erover geïnformeerd dat de voorwaarden van 2014 een wijziging in de hoogte van de vergoeding van deze lopende behandeling zouden brengen. Ook is haar door de ziektekostenverzekeraar geen zorgadvies of zorgbemiddeling aangeboden, terwijl dit gelet op de zorgplicht wel op zijn weg lag. Verder geldt

dat uit een verklaring van de huisarts blijkt dat het te lang zou duren de behandeling in Nederland voort te zetten. Verzoekster had dan het gehele traject opnieuw moeten starten, hetgeen een verhoogd risico op netvliesloslating met zich had gebracht.

4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het enerzijds gaat om de vraag naar oorzaak en gevolg. Aanvullend hierop speelt dat verzoekster begeleiding en zorg had verwacht van de ziektekostenverzekeraar, of in ieder geval een waarschuwing. De procedure was in 2014 niet anders dan in 2013. Door het ziekenhuis is een offerte uitgebracht aan de ziektekostenverzekeraar. Diens reactie was een standaardbrief waarin stond dat 80 percent van het Nederlands tarief zou worden vergoed. Over mogelijke alternatieven is geen contact opgenomen. Omdat volgens de huisarts een risico op blijvende schade bestond, moest wel worden gehandeld.

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. Verzoekster is van mening dat sprake is van voortzetting van een behandeling die in 2013 is gestart. Volgens de aanvraag is de medische situatie in 2014 echter een pars plana vitrectomie in verband met het epiretinale membraan. In 2013 was sprake van een cataract operatie aan beide ogen. Omdat het gaat om twee verschillende diagnoses, is de vergoeding ook als zodanig beoordeeld.

5.2. Voor de berekening van de vergoeding is uitgegaan van drie zorgproductcodes, namelijk 79799017, 070601015 en 079799011. Bij de twee eerstgenoemde codes hoort een tarief van totaal € 438,- en bij de laatstgenoemde code een tarief van € 1.498,-. In 2014 was met deze zorgaanbieder geen contract gesloten. Daarom is een bedrag vergoed op basis van 80 percent van voornoemde tarieven. Dit laatste tarief wordt per oog vergoed.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig, uitgebreid en gemotiveerd aan verzoekster medegedeeld wat de hoogte is van de vergoeding. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet gevraagd of haar een alternatief kon worden geboden, en of kon worden bemiddeld vanwege het bestaan van een wachtlijst. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn zorgplicht derhalve niet geschonden.

5.4. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat indien werkelijk sprake is van een netvliesloslating, de medisch noodzakelijke ingreep direct wordt verricht. Er bestaat dan een zeer spoedeisende situatie. Uit de verwijzing van de huisarts blijkt alleen van een verhoogd risico. Dit vormt geen reden een hogere vergoeding te verlenen.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvragen afkomstig waren van het ziekenhuis. Ook de offerte van het ziekenhuis werd uitgebracht in vervolg op een daar afgelegd bezoek. In eerste instantie is een specifieke aanvraag ontvangen voor een cataractoperatie. Het ligt niet in de rede dan te waarschuwen voor het geval er in de toekomst een andere behandeling nodig mocht zijn. Voor de tweede behandeling werd overigens door de huisarts verwezen naar het ziekenhuis in Ahaus. Vergoed is 80 percent van het gecontracteerde tarief. Ook in 2013 was het betreffende ziekenhuis niet gecontracteerd. Om die reden is destijds ook geen S2-formulier afgegeven. Er is in 2013 100 percent vergoeding verleend, terwijl dit 80 percent had moeten zijn.

5.6. 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 2.9 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 volledig 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 36 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. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee [naam ziektekostenverzekeraar] voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. (...)

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

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- 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. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"*

8.5. Artikel 1.3 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Een overzicht van de door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorg(aanbieders) vindt u op onze website. Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor [naam ziektekostenverzekeraar] aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen. (...)"

8.6. Artikel 1.4 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee [naam ziektekostenverzekeraar] voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)"

8.7. De artikelen 1.3, 1.4, 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).

8.8. 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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.

8.10. 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 Duitsland, 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 het hier verzekerde zorg betreft die volgens hem tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was. Verzoekster heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was een S2-formulier af te geven. Aangezien de verordening buiten toepassing blijft, dient te worden getoetst aan artikel 9 van de zorgverzekering.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van drie zorgproducten. De eerste twee codes hebben betrekking op de declaratie van 31 maart 2014 en de derde code op de declaratie van 30 mei 2014.
Het DBC-zorgproduct 79799017 heeft als omschrijving: "Aandoening chor/retina/corp vitr/endoftalmatitis (excl diabetische retinopathie) / Poli 2-4 / Diagnostisch uitgebreid / Oog chor/retina/corp vitr/endoftalmatitis". Het DBC-zorgproduct 070601015 heeft als omschrijving: "een polikliniekbezoek (met diagnostisch onderzoek) bij glaucoom". Het DBC-zorgproduct 079799011 heeft als omschrijving: "Aandoening chor/retina/corp vitr/endoftalmatitis". Alle genoemde zorgproducten zijn afkomstig uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte informatie was ten tijde van de behandeling voor het zorgproduct met code 79799017 een bedrag gecontracteerd van € 311,--, voor het zorgproduct met code 070601015 een bedrag van € 127,-- en voor het zorgproduct met code 079799011 € 1.498,--. Voor de declaratie van 31 maart 2014 is derhalve een bedrag vergoed van € 438,-- (€ 311,-- + € 127,--) en voor de declaratie van 30 mei 2014 een bedrag van € 2.996,-- (2 x € 1.498,--). De bedragen betreffen 80 percent van het gecontracteerde tarief. De gehanteerde DBC zorgproducten komen de commissie juist voor. Deze zijn overigens ook vermeld op de declaraties van het Duitse ziekenhuis en de omschrijvingen komen overeen met de bij verzoekster uitgevoerde behandelingen. Rest de vraag of verzoekster - in afwijking van de polisvoorwaarden - aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan die welke haar is verleend. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de onderhavige behandelingen deel uitmaken van de behandeling die in 2013 heeft plaatsgevonden. Destijds is door de ziektekostenverzekeraar een volledige vergoeding verleend. Voor zover verzoekster met deze stelling doelt op het vertrouwen dat door de ziektekostenverzekeraar bij haar is gewekt, geldt dat dit argument niet kan slagen. In 2013 heeft een cataractoperatie beiderzijds plaatsgevonden, welk behandeltraject is afgerond. Zo de behandelingen in 2014 al kunnen worden beschouwd als hiermee samenhangende complicaties, geldt dat de indertijd verleende vergoeding op basis van een DBC zorgproduct in de Nederlandse situatie wordt geacht tevens de kosten van de behandeling van eventuele complicaties te omvatten. In de goedkeuringsbrief is hier voor gewaarschuwd. Aangezien de cataractoperatie zelf succesvol is verlopen, kan evenmin worden gesproken van vervolgbehandelingen. Beide behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar dan ook terecht afzonderlijk beoordeeld.
- 9.5. De stelling dat de ziektekostenverzekeraar geen zorgbemiddeling heeft aangeboden en daarmee de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden, faalt eveneens. Niet is gebleken dat verzoekster

voorafgaand aan de ingreep contact heeft gezocht met de ziektekostenverzekeraar met de vraag haar te begeleiden naar een gecontracteerde zorgaanbieder die de onderhavige zorg zou kunnen verlenen. Eerst indien zij de ziektekostenverzekeraar direct op de hoogte had gesteld van haar situatie - zijnde een verhoogd risico op netvliesloslating -, zij expliciet had gevraagd om begeleiding naar gecontracteerde zorg, en de ziektekostenverzekeraar hierin niet (tijdig) was geslaagd, zou schending van de zorgplicht aan de orde zijn en had verzoekster aanspraak kunnen maken op volledige vergoeding van de behandeling in Duitsland. Van deze situatie is echter niet gebleken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, 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, 18 februari 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo