



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te D, tegen E te F

Zaak : Verenigde Staten, geneeskundige zorg, second opinion bij syndroom van Albright

Zaaknummer : 201302624

Zittingsdatum : 23 juli 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te D, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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, ten behoeve van verzekerde, bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een second opinion, uitgevoerd te Baltimore, Verenigde Staten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 juni 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 8 februari 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 7 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 mei 2014 heeft de commissie Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014064649) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat het uitgevoerde onderzoek kan worden gezien als onderdeel van de second opinion. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 juli 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 juli 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar gevraagd een berekening te maken van de hoogte van de vergoeding. Bij brief van 7 augustus 2014 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de vergoeding € 209,78 bedraagt. Omdat de zorgverzekeraar niet verwacht dat deze vergoeding ertoe zal leiden dat het geschil is opgelost, wenst hij alsnog een uitspraak van de commissie. Een afschrift van dit schrijven is op 8 augustus 2014 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop desgewenst te reageren. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Bij brief van 9 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen brief van de zorgverzekeraar gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en brief aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 september 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen brief van de zorgverzekeraar 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 kinderarts heeft bij verzekerde de diagnose "syndroom van Albright" gesteld, en heeft op 25 september 2012 het volgende verklaard: *"In Nederland bestaat geen in het syndroom van Albright gespecialiseerd centrum. De ouders van [verzekerde] zouden graag een second opinion hebben in een centrum waar veel ervaring is met het syndroom van Albright. In de Verenigde Staten is in Baltimore een groot Albright centrum. Hierbij verzoek ik u een second opinion toe te staan. (...)"*.
- 4.2. De betreffende kinderarts heeft op 17 mei 2013 aanvullend verklaard: *"[Verzekerde] is op de polikliniek Kindergeneeskunde van het Kennemer Gasthuis bekend vanwege Albright hereditaire osteodystrophy. In het kader van bovengenoemd syndroom kunnen er groeistoornissen voorkomen en bestaat de optie om t.z.t. een behandeling met groeihormoon te overwegen. In Nederland valt de diagnose Albright hereditaire osteodystrophy niet onder de behandelindicatie voor GH-behandeling. In de Verenigde Staten wel en derhalve komen patiënten met Albright hereditaire osteodystrophy in de VS soms wel in aanmerking voor een dergelijke therapie. Ouders willen deze optie exploreren en zijn derhalve thans bezig met een 2nd opinion bij collega (...) in Baltimore. (...)"*.
- 4.3. Het syndroom van Albright is zeer zeldzaam. Omdat hierover in Nederland niet veel bekend is, is verzoekster uitgeweken naar het John Hopkins Institute in Baltimore. De hier werkzame kinderendocrinoloog is een expert op het gebied van dit syndroom. Voorafgaand aan het bezoek heeft verzoekster met haar contact gehad via e-mail, en daarbij bleek dat aan verzekerde de verkeerde medicatie was toegediend. Dit had tot epileptische insulten kunnen leiden.

- 4.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht een second opinion toe te staan. Aan haar zijn vervolgens formulieren gezonden, die zij ingevuld heeft geretourneerd. Tijdens de second opinion is uitgebreid bloedonderzoek verricht en is een groeihormoonstimulatietest uitgevoerd. Dit wordt standaard gedaan bij patiënten met het syndroom van Albright, aangezien aan de hand van de uitkomst van deze test een uitspraak kan worden gedaan over de te verwachten lengtegroei, het gewicht en de geestelijke ontwikkeling.
- 4.5. De zorgverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de second opinion afgewezen op de grond dat het zou gaan om een experimentele behandeling. De betreffende arts doet inderdaad wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van groeihormoon bij het syndroom van Albright, maar het bezoek van verzoekster en verzekerde staat totaal los van dit onderzoek. Er is geen sprake van een eventuele vervolgbehandeling, al dan niet in onderzoeksverband.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat verzekerde naar de VS is gegaan voor een second opinion. De betreffende arts is een autoriteit op het gebied van het syndroom van Albright. Het ging erom behandelinformatie te krijgen. De hypothyroïdie is geen probleem; deze aandoening is in Nederland goed te behandelen. De hypocalciëmie werd in Nederland behandeld met calcium, en dit bleek niet de juiste aanpak. De medicatie is intussen veranderd, en dit heeft geleid tot goede bloedwaarden. In de VS worden personen met verdenking van het syndroom van Albright getest volgens een protocol. Daar hoort een groeihormoonstimulatietest bij. Er zijn geen consulten berekend. De instelling hoort bij het John Hopkins Institute, en de arts heeft ervan afgezien kosten in rekening te brengen. De laboratoriumkosten moesten wel worden voldaan. Andere kosten, zoals de reiskosten, zijn niet gedeclareerd.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Verzekerde is behandeld in het Albright Centrum in Baltimore. Dit centrum verricht onderzoek naar de mogelijkheden van het toepassen van groeihormoon bij het syndroom van Albright. Het onderzoek vormt onderdeel van een wetenschappelijke studie. De behandeling van het syndroom met behulp van groeihormoon is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het laboratoriumonderzoek is uitgevoerd in het kader van de wetenschappelijke studie. Hoewel dit onderzoek of elementen daarvan wellicht regulier zijn, kunnen de kosten ervan niet voor vergoeding in aanmerking komen indien sprake is van een eventuele vervolgbehandeling die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.2. Uit de stukken blijkt dat de behandelend kinderendocrinoloog een fonds heeft om de behandeling met groeihormoon bij het syndroom van Albright voor mensen van buiten de Verenigde Staten te bekostigen. Niet alle kosten kunnen hieruit echter worden vergoed. Voor de additionele kosten, zoals de kosten van het laboratoriumonderzoek, wordt van de patiënt een vergoeding gevraagd. Het betreft hier duidelijk een behandeling die in onderzoeksverband plaatsvindt en dus (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.3. Nog los van het feit dat het onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van een wetenschappelijke studie, is het onderzoek bedoeld om te bepalen of behandeling met groeihormoon zinvol is. In Nederland kan dit hormoon echter ook dan niet worden vergoed, omdat dit bij de indicatie Albright geen verzekerde zorg is.
- 5.4. Verzekerde ontvangt in Nederland een adequate behandeling voor zijn aandoening, zodat een behandeling in de Verenigde Staten niet medisch noodzakelijk was. Ook beschikt verzoekster niet over een voorafgaande verwijzing van de behandelend specialist waarin sprake is van een

specifieke zorgvraag. Mede om die reden kunnen de kosten van de second opinion niet worden vergoed.

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verklaard dat hij zich neerlegt bij het advies van het Zorginstituut. Het betreft geen behandeling, en hiermee is het geschil grotendeels opgelost. Het gaat dan enkel nog om de vraag naar de vergoeding. Er is sprake van een buitenlandse niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de onderzoeken bedraagt de vergoeding daarom 60 percent van het gecontracteerde tarief.

5.6. De zorgverzekeraar 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 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek. (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. [Naam zorgverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [naam website]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam zorgverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam zorgverzekeraar], krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op [naam website]/vergoedingen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen

is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat [naam zorgverzekeraar] gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)"

- 8.4. Artikel B37 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op een second opinion en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als u:

- *vooraf een verwijzing heeft voor een second opinion van uw behandelaar,*
- *de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en*
- *u met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. [Naam zorgverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [naam website]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam zorgverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam zorgverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Zie voor de vergoeding bij het artikel van de betreffende zorgaanbieder (huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis).

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft."

- 8.5. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door [naam zorgverzekeraar] in Nederland gecontracteerde tarief.*

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.6. De artikelen B9, B24 en B37 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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 zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft een aanvraag gedaan voor een second opinion ten behoeve van verzekerde. Dit vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, mits een voorafgaande verwijzing heeft plaatsgevonden door de behandelend arts, de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en met de uitslag van de second opinion wordt teruggegaan naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- 9.2. De behandelend kinderarts heeft verzekerde op 25 september 2012 verwezen naar het Albright Centrum in Baltimore, omdat dit centrum is gespecialiseerd in het syndroom van Albright. De second opinion is erop gericht te onderzoeken of de in Nederland toegepaste behandeling de juiste is, en de ouders van verzekerde te informeren over de te verwachten lengtegroei, het gewicht en de geestelijke ontwikkeling. Dit betreft derhalve - anders dan de zorgverzekeraar aanvankelijk heeft gesteld - een tijdige en gerichte verwijzing.
- 9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat het tijdens de second opinion uitgevoerde onderzoek niet is bedoeld voor een vervolgbehandeling, en tevens geen deel uitmaakt van de wetenschappelijke studie van de behandelend kinderendocrinoloog in Baltimore. De betreffende arts heeft hierover verklaard: "*The growth hormone testing in pseudohypoparathyroidism (Albright hereditary osteodystrophy) is part of routine care in this condition. (...) Growth hormone deficiency can cause things other than short stature. It can lead to elevated cholesterol and other lipids, increased problems with weight, decreased energy, etc. The growth hormone testing that I would do is not considered research. The only part that is research is if [verzekerde] is NOT growth hormone deficient. If he is growth hormone sufficient (that is, not deficient), then you should be able to get the growth hormone where you live if I give you the test results. (...)*".
- 9.4. Uit het voorgaande volgt dat met de uitkomst van de second opinion wordt teruggegaan naar de eerste behandelaar, de arts in Nederland. Of de door de Amerikaanse arts geadviseerde behandeling is gedekt onder de zorgverzekering, vormt geen onderwerp van dit geschil. Verzoekster heeft derhalve aanspraak op vergoeding van de kosten van de second opinion

als bedoeld in artikel B37 van de zorgverzekering, tot het door de zorgverzekeraar bepaalde maximumbedrag dan wel, indien geen maximumbedrag is vastgesteld, tot maximaal 60 percent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar voor deze zorg gecontracteerde tarief. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld dat het tarief voor de second opinion € 209,78 bedraagt. Hierop is de korting van 40 percent reeds in mindering gebracht.

Bij brief van 7 augustus 2014 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij niet verwacht dat het geschil, met de betaling van genoemd bedrag, is opgelost. Wat betreft de hoogte van de toegezegde vergoeding geldt het volgende.

- 9.5. In de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw is, voor zover hier van belang, bepaald dat een zorgverzekeraar de vergoeding niet zo mag vaststellen dat een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in een andere EU-lidstaat betrekken van zorg. In dit geval is de zorg betrokken in de VS, en om die reden vindt bedoeld criterium geen toepassing. De commissie stelt vast dat de verleende vergoeding conform artikel B24 van de zorgverzekering is. Hierbij kan nog worden aangetekend dat het bloedonderzoek is uitgevoerd in het kader van de diagnostiek in verband met de second opinion. Dit onderzoek valt daarmee onder het tarief dat voor de second opinion wordt vergoed.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4 en 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4 en 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 15 oktober 2014,

Voorzitter