



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600163
Zittingsdatum : 18 mei 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: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Univé Extra Zorgpolis Goed 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 Univé Tand Goed Pakket is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 9 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 18 januari 2016 heeft verzoeker 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 4 april 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 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016044680) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag op welke zorg verzoeker is aangewezen en welke beperkingen hij ondervindt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 april 2016 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 mei 2016 gereageerd, en bij deze gelegenheid medegedeeld zijn eerdere standpunt te handhaven. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 mei 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 2 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 13 juni 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat de zorgvraag ADL-zorg betreft, en deze zorg is planbaar. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift van dit advies is op 15 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 21 juni 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"De afgelopen jaren meer zelfbeschikking, tevreden over geleverde zorg via natuurlijk persoon. Eerder ontvangen/ervaringen met (...) en (...) zijn niet goed bevallen. Op basis van de vastgestelde beperkingen, maakt betrokkene gebruik van persoonlijke verzorging o.a. wassen, hele lichaam, volledig aan/uitkleden, medicatie aanreiken, hulp bij toiletgang, enz. Salarisadministratie en budgetbeheer via SVB is een verademing en maakt de PGB administratie hanteerbaar. (...) De flexibiliteit die nodig is (zoals in de afgelopen jaren is gebleken) kan niet via een formele zorgaanbieder geboden worden. (...)"*.
- 4.2. Verzoeker is bekend met COPD, etalagebenen en hypertensie, heeft een aneurysma/broekprothese, een liesbreuk en recent een schouderprothese links gekregen. Verder heeft hij in het verleden een hartoperatie ondergaan. De verzorging die hij nodig heeft, bestaat uit het in de ochtend uit bed helpen, dan naar het toilet en de badkamer, hulp bij het aan- en uitkleden, het douchen, en 's avonds het weer in bed helpen, het insmeren van de huid en ondersteuning bij het gebruik van de trap. De zorg die verzoeker nu inzet, is gegarandeerd voor drie maal per week, gemiddeld om de andere dag. Soms is het nodig meer zorg in te zetten. Verzoeker blijft vaak boven, en het ontbijt wordt dan in de avond ervoor grotendeels door de zorgverlener klaargezet. Gelukkig lukt het, met uitzondering van spoedgevallen, goede afspraken te maken met de zorgverlener, die zijn afgestemd op verplichte bezoeken van verzoeker buitenshuis. Indien verzoeker in de avond en nacht naar het toilet moet, is dit opgelost met een geïmproviseerde "wc-emmer" op een stoel naast het bed.

Verzoeker beschikt over een aangepast bed met papegaai. Zijn echtgenote en hij zijn genoodzaakt apart te slapen, en de logeerkamer is ingericht voor verzoeker.

- 4.3. Verzoeker is in staat op eigen kracht aanwijzingen te geven aan zijn familie teneinde de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Ook is hij in staat een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en kan hij de zorgaanbieders die hij heeft ingeschakeld op zodanige wijze aansturen en hun werkzaamheden zo op elkaar afstemmen, dat sprake is van verantwoorde zorg. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor verpleging en verzorging. Verzoeker kiest er bewust voor geen gebruik te maken van een reguliere thuiszorgorganisatie. Dit heeft hij diverse malen geprobeerd, maar dit is steeds niet gelukt. Door de drukke werkzaamheden en volle agenda van de thuiszorgorganisatie bleek het niet mogelijk goede afspraken te maken over bijvoorbeeld de tijd waarop verzoeker wordt gewassen. De zorg die verzoeker inkoop, is bovendien vele malen goedkoper dan de zorg die werd verleend door de thuiszorgorganisatie. Verzoeker heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Verder heeft hij zorg nodig die op korte momenten op de dag en/of op afroep beschikbaar is, en dient de zorg dichtbij te zijn. Mocht er meer zorg nodig zijn op onregelmatige tijdstippen, dan kan de zorgverlener - die een bekende is van verzoeker - blijven slapen en de zorg leveren. In de afgelopen jaren is die extra inzet nodig gebleken in de perioden kort na ziekenhuisopnamen. Deze flexibiliteit is het herstel van verzoeker ten goede gekomen, en kan niet met de thuiszorgorganisatie worden afgesproken. Aangezien verzoeker voldoet aan de voorwaarden, dient de ziektekostenverzekeraar het PGB vv toe te kennen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat zijn toestand dagelijks achteruit gaat. Hij heeft nu iemand die hem bijstaat, en dat gaat goed. De thuiszorg kan de noodzakelijke zorg niet leveren. Uit berichtgeving vanuit de Tweede Kamer blijkt dat er nog € 310 miljoen op de plank ligt. Het betreft geld dat is bedoeld voor zieke mensen.
- 4.5. Bij brief van 21 juni 2016 heeft verzoeker toegelicht dat hij zich niet kan verenigen met het advies van het Zorginstituut. De zorgbehoefte is verwoord in de correspondentie, waaronder de brief van verzoeker van 31 mei 2016. Het lijkt erop dat het Zorginstituut deze reactie niet heeft meegenomen in zijn advies. Indien dit wel was gebeurd, was men tot een andere conclusie gekomen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorg die aan verzoeker wordt verleend, bestaat uit hulp bij het wassen, kleden, het aanreiken van medicatie, het in- en uit bed helpen, het insmeren van de huid en het aan- en uittrekken van de steunkousen. Dit betreft zorg die goed planbaar is en kan worden verleend in natura door een thuiszorgorganisatie. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarden voor toekenning van het PGB vv, zoals deze zijn omschreven in de artikelen 3 en 4.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Het moet hierbij gaan om de volgende zorg:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Aangezien verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten hem het aangevraagde PGB vv niet toe te kennen.

5.2. Verzoeker heeft een indicatie voor persoonlijke verzorging en verpleging. Hij kan deze zorg in natura krijgen, en kan hiervoor contact opnemen met een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de zorg planbaar is, en dat geen noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener. Uit het Bewust Keuze Gesprek (BKG) is gebleken dat er geen grond is voor toekenning van een PGB vv.

5.4. 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 het PGB vv alsnog aan verzoeker 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). (...)

Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.
2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging 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 verpleging en verzorging 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt 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 verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

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

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt 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 hebt 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 hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. De artikelen 13 van de zorgverzekering en 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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 onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

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. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige 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 verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Zodoende zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het zich wassen, het aan- en uitkleden, het in- en uit bed komen, het insmeren van de huid en het aanreiken van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener die kan inspelen op zijn specifieke wensen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen. Dat verzoeker hier in het verleden minder goede ervaringen mee heeft gehad, maakt dit niet anders. Voor zover het gaat om de zorg op onregelmatige tijdstippen die verzoeker eerder nodig heeft gehad na ziekenhuisopname, geldt dat deze situatie niet zo frequent voorkomt dat dit toekenning op voorhand van een PGB vv rechtvaardigt. Bovendien zullen ook hierover in voorkomend geval afspraken kunnen worden gemaakt met een thuiszorgorganisatie.

9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan

worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg.

In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.

Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

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 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo