

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, alternatieve geneeswijze, dieet en sporten bij  
prostaatkanker  
Zaaknummer : 201300799  
Zittingsdatum : 15 januari 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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

1) C te E en

2) D te E

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en TandVerzorgd 3 afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De verzekering TandVerzorgd 3 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met prostaatkanker, uitgevoerd te Nürnberg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 21 september 2013 heeft verzoeker 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).

3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 november 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 december 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 januari 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 13 januari 2014 medegedeeld alsnog af te zien van horen.
- 3.8. Bij brief van 19 november 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 december 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013142398) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de aan verzoeker verleende zorg geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 december 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 15 januari 2014 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 januari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 5 februari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In juni 2012 is in Nederland bij verzoeker prostaatkanker geconstateerd. De artsen deelden verzoeker mede dat hij nog ongeveer vijf jaar te leven zou hebben. Vanwege deze beperkte levensverwachting wilde verzoeker er alles aan doen zijn ziekte te bestrijden of te beperken. Via een zakenrelatie kwam hij terecht bij de arts in Nürnberg, die goede ervaringen heeft met een koolhydraatvrij dieet en een andere levenswijze bij prostaatkanker, zoals onder andere veel bewegen. Dat laatste doet verzoeker inmiddels intensief.
- 4.2. Verzoeker heeft de arts in Nürnberg op 28 november 2012 voor het eerst bezocht. De arts heeft bloed afgenomen en een aantal tests laten uitvoeren. Hij deelde verzoeker mede goede mogelijkheden te zien de prostaatkanker terug te dringen. De bedoeling van de behandeling is de kanker uit te hongeren. Verzoeker is direct begonnen met het dieet, en een week later had hij de uitslagen van het bloedonderzoek. De resultaten heeft verzoeker bij het dossier gevoegd. Hij is inmiddels 17 kg afgevallen. De tekorten die ontstaan in zijn dagelijkse voeding vult hij met vitaminesupplementen aan. Inmiddels voelt verzoeker zich veel beter.
- 4.3. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding mogelijk voor alternatieve geneeswijzen van € 500,- per kalenderjaar. Dit bedrag dient ten minste door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker te worden vergoed. Als de arts door de ziektekostenverzekeraar zou worden erkend, is echter een hogere vergoeding mogelijk. Vanwege de verwijzing van zijn huisarts voor het laatste bloedonderzoek bij de Duitse arts, zou alles betaald moeten worden, vergelijkbaar met de Nederlandse situatie.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De behandeling die verzoeker in Duitsland ondergaat, heeft een alternatief karakter. Het is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Ook heeft geen geldige voorafgaande verwijzing door de huisarts of een medisch specialist plaatsgevonden. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de zorg, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve geneeswijzen, tot een maximaal bedrag van € 500,- per kalenderjaar. De zorgaanbieder moet zijn aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Aangezien hiervan bij de arts die verzoeker behandelt geen sprake is, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door deze verleende zorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het om een alternatieve behandeling gaat, die niet onder de dekking valt. In het advies van het CVZ wordt onder het kopje 'medische beoordeling' verwezen naar Bijlage 2 Rzv. Bij de 'juridische beoordeling' wordt hier niet op teruggekomen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat - ook al zou het gaan om geneesmiddelen die zijn vermeld op Bijlage 2 - het feit dat de geneesmiddelen zijn voorgeschreven in het kader van een alternatieve behandeling eraan in de weg staat dat de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 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 artikel A17 van de zorgverzekering en 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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 vergoeding van kosten van:*

*- onderzoek en diagnostiek,*

- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)"

8.4. Artikel B9 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 ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. 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 ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor 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 tarief dat in Nederland marktconform is.*

*Toestemming*

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] 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. (...)"*

8.5. Artikel B4.1 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals farmaceutische zorg (zie artikel 817) en hulpmiddelenzorg (zie artikel 819). Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."*

8.6. De artikelen B4.1, B9 en B24 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 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.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 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 E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve behandelwijzen en luidt, voor zover hier van belang:

*"Alternatieve behandelwijzen kunnen zijn: homeopathie, antroposofie, acupunctuur, acupressuur, natuurlijke geneeswijzen, zorg voor houding en beweging of alternatieve psychologische hulpverlening. U krijgt een vergoeding voor consulten en behandelingen van 80% tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:*

*Extra Verzorgd 3*

*€ 500,--*

- *De kosten van alternatieve behandelwijzen worden alleen vergoed als uw behandelaar zelf als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door [naam ziektekostenverzekeraar] erkende beroepsvereniging. U kunt de lijst van beroepsverenigingen vinden op [naam website]/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer] (€ 0,15 per minuut).*
- *Behandelingen die al onder de Basisverzekering vallen of onder een andere vergoeding uit de aanvullende verzekering, worden niet uit dit artikel vergoed. Hier is dan geen sprake meer van een alternatieve behandelwijze.*
- *Alternatieve geneesmiddelen zijn geen onderdeel van de vergoeding voor consulten en behandelingen. Zie artikel E4 voor de vergoeding van Alternatieve geneesmiddelen.*

*U krijgt geen vergoeding voor:*

- *Consult per telefoon of email;*
- *Behandelingen en consulten die als doel hebben om af te vallen, zoals een afslankkuur (bijvoorbeeld Bio-HCG+) of afslankcursus;*
- *Onderzoekskosten, zoals bloedonderzoek, allergietesten en beeldvormend onderzoek;*
- *Behandelingen en consulten die als doel hebben om te stoppen met roken, zoals een cursus of lasertherapie;*
- *Coaching. (...)"*

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

*"t. 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. Verzoeker is naar een andere lidstaat 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. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft dan ook de verordening buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel B9 van de zorgverzekering.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een dieet en sporten ter behandeling van prostaatkanker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.  
Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 18 december 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.7. Aangezien de onderhavige behandeling geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten daarvan, ten laste van de zorgverzekering. Dat verzoeker naar de Duitse arts is verwezen door zijn huisarts maakt het voorgaande niet anders.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.8. Artikel E3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geeft een niet limitatieve opsomming van hetgeen wordt verstaan onder alternatieve behandelwijzen. De behandeling die verzoeker ondergaat kan daarom als zodanig worden aangeduid. Gesteld noch gebleken is echter dat de arts die de behandeling uitvoert, als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van maximaal € 500,-- ter zake van de onderhavige behandeling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### **Conclusie**

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

Zeist, 12 februari 2014,

Voorzitter