



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, in deze vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, ambulancevervoer
Zaaknummer : 201700942
Zittingsdatum : 30 augustus 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11, 19-21 en 23 Zvw, 2.1, 2.13, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven


2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het IAK Zorg Plan Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Bij e-mailbericht van 10 april 2017 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 736,89 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 april 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij hem, gezien zijn situatie, tegemoet wil komen. De zorgverzekeraar is bereid het vrijwillig eigen risico met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 te verlagen van € 500,- naar € 0,-. Dit heeft wèl tot gevolg dat verzoeker vanaf 1 januari 2017 een hogere premie is verschuldigd namelijk € 106,65 per maand in plaats van € 86,65. Verzoeker is niet ingegaan op het voorstel van de zorgverzekeraar en heeft nogmaals verzocht om heroverweging van de eerdere beslissing. Bij twee e-mailberichten van 5 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 6 mei 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 736,89 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2017 aan verzoeker gezonden.


- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juli 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 1 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.8. Verzoeker is op 30 augustus 2017 telefonisch gehoord.
- 3.9. Naar aanleiding van hetgeen door verzoeker ter zitting is verteld, heeft de commissie de zorgverzekeraar bij brief van 31 augustus 2017 gevraagd of zijn voorstel van 13 april 2017, betreffende het met terugwerkende kracht verlagen van het vrijwillig eigen risico van € 500,- naar € 0,-, nog steeds geldt. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 september 2017 bevestigend geantwoord. Een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar is op 6 september 2017 aan verzoeker gezonden, met het verzoek hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft op 7 september 2017 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar, en een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De zorgverzekeraar heeft € 736,89 bij verzoeker in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017. Deze kosten zien op ambulancevervoer. Verzoeker is op 5 februari 2017 op straat overvallen en mishandeld. Als gevolg hiervan is hij buiten bewustzijn geraakt; pas in het ziekenhuis kwam hij weer bij kennis. Iemand anders heeft dus de ambulance besteld. De zorgverzekeraar dient de hiermee gemoeide kosten te verhalen op de ouders of op degene die de ambulance heeft besteld. Verzoeker heeft niet gevraagd om het ambulancevervoer en heeft hiervoor evenmin toestemming verleend. Daarom mogen deze kosten niet bij hem in rekening worden gebracht.
- 4.2. Verzoeker merkt op dat hij op nog geen twee minuten rijden van het voorval woont. Daarnaast is hij naar het ziekenhuis in Breda vervoerd, terwijl dichtbij in zijn woonplaats ook een ziekenhuis is. Verzoeker vindt de vordering van € 736,89 dan ook zeer onterecht.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij werkzaam is als zelfstandige. Hij heeft door de overval twee maanden niet kunnen werken en daarnaast extra kosten moeten maken. Er is sprake van ongevraagde zorg en hij is niet van plan hiervoor te betalen. Hij verklaart de zorg in het ziekenhuis – zoals onderzoekskosten en zijn verblijf aldaar - wel te hebben betaald. Desgevraagd merkt hij op niet akkoord te zijn gegaan met het voorstel van de zorgverzekeraar, omdat hij het verplicht eigen risico dan nog steeds verschuldigd zou zijn, en hij bovendien extra premie zou moeten betalen, vanwege het vervallen van het vrijwillig eigen risico.
- 4.4. Nadien heeft verzoeker verklaard dat hij enkel bereid is het verschil van € 111,89 (€ 736,89 - € 625,-) te betalen. Hij is immers al genoeg gedupeerd.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De zorgverzekeraar heeft een declaratie ontvangen voor spoedvervoer ten behoeve van verzoeker door een ambulance op 5 februari 2017. De betreffende kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Deze vergoeding komt evenwel volledig ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico, aangezien het eigen risico op dat moment nog niet was volgemaakt en deze kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico.

 5.2. De ambulance is op 5 februari 2017 ingezet om verzoeker naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te brengen waar hij op dat moment spoedeisende hulp kon krijgen. Zowel het ambulancevoertuig als het ambulancepersoneel kost geld. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker geen schuld heeft aan het feit dat hij een ambulance nodig had. Hij heeft de zorg echter wèl ontvangen, en omdat het verplicht en vrijwillig eigen risico nog niet was volgemaakt, blijven deze kosten voor zijn rekening. Verzoeker heeft gesteld dat de zorgverzekeraar de kosten moet verhalen op de ouders, maar aangezien deze niet bekend zijn, is dit niet mogelijk.


 5.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker, gezien zijn situatie, bij e-mailbericht van 13 april 2017 voorgesteld het vrijwillig eigen risico met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 te verlagen van € 500,- naar € 0,-. Deze verlaging heeft wel tot gevolg dat de verleende korting op de premie vanaf 1 januari 2017 komt te vervallen, waardoor de premie wordt verhoogd van € 86,65 per maand naar € 106,65. Verzoeker is in dat geval alleen nog het verplicht eigen risico van € 385,- verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Verzoeker is niet ingegaan op voornoemd voorstel.

 5.4. Verzoeker was weliswaar het slachtoffer van een overval, doch indien geen verdachte kan worden aangemerkt, is geen verhaal van de schade mogelijk. Hierdoor blijft het verschuldigde verplicht en vrijwillig eigen risico voor rekening van verzoeker.


 5.5. Daarnaast gevraagd, heeft de zorgverzekeraar bij brief van 5 september 2017 aan de commissie medegedeeld dat zijn voorstel van 13 april 2017 nog steeds geldig is. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat als het vrijwillig eigen risico met terugwerkende kracht van € 500,- naar € 0,- wordt verlaagd, de premie van verzoeker met terugwerkende kracht wordt verhoogd van € 86,65 naar € 106,65 per maand. Concreet betekent dit dat verzoeker, indien de zorgverzekeraar een en ander vóór 24 september 2017 in zijn administratie kan aanpassen, negen maal € 20,- (het premieverschil), dus € 180,- aan de zorgverzekeraar moet betalen, en dat hij vanaf oktober 2017 een premie van € 106,65 per maand is verschuldigd. Daarnaast wordt het te betalen verplicht en vrijwillig eigen risico voor het onderhavige ambulancevervoer verlaagd van € 736,89 naar € 385,-. Verzoeker is dan dus alleen nog het verplicht eigen risico verschuldigd. De zorgverzekeraar merkt op dat verzoeker het vrijwillig eigen risico uiteraard met ingang van 1 januari 2018 weer kan wijzigen. Dit dient hij uiterlijk 31 december 2017 aan de zorgverzekeraar door te geven.

 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 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar terecht een bedrag van € 736,89 bij verzoeker in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vervoer per ambulance bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"19.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op de volgende vormen van ambulancevervoer:

- a. besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg;*
- b. ambulancevervoer aangevraagd via ons (in geval van wachtlijstvervoer).*

(...)"

8.4. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2017 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

(...)

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

a. de kosten van zorg of overige diensten die in 2017 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2018 ontvangen;

b. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht.

De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;

c. de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.

(...)

e. de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;

f. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;

g. de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebesteding multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;

h. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering'.

(...)"

- 8.5. Artikel 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

8.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 7.10 van deze algemene voorwaarden).

8.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
 - b. de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - c. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
 - d. nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
 - e. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
 - f. ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
 - g. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering'.
- (...)"

- 8.6. De artikelen 7 en 8 van de algemene voorwaarden en artikel 19 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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.

Ziekenvervoer per ambulance is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 en 23 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18. Bzv.

- 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft verzoeker bij declaratieoverzicht van 10 april 2017 geïnformeerd over de kosten van zorg (i.c. ambulancevervoer) die zijn gedeclareerd en zijn verrekend met zijn verplicht en vrijwillig eigen risico 2017. Een bedrag van € 371,50 is ten laste van het verplicht eigen risico 2017 gebracht en een bedrag van € 365,39 ten laste van het vrijwillig eigen risico 2017 van verzoeker.

- 9.2. Iedere verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2017 bedroeg dit € 385,--. Verzoeker heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 885,-- aan zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, voor zijn rekening blijft. Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2017 tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Evenmin is in geschil dat verzoeker met de ambulance is vervoerd naar het ziekenhuis te Breda. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de kosten verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 van verzoeker. Dat het verzoeker niet te verwijten valt dat hij een ambulance nodig had, maakt het voorgaande niet anders.


- 9.3. Ook het feit dat verzoeker de ambulance niet zelf heeft besteld, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Verzoeker was ten tijde van het gebeurde aangewezen op medische zorg en kon niet zelf een ambulance bestellen. Iemand anders heeft dit voor hem gedaan, zodat kan worden gesproken van zaakwaarneming. Uit artikel 6:200, eerste lid, BW volgt dat de belanghebbende gehouden is de zaakwaarnemer de door deze geleden schade te vergoeden. Tegen deze achtergrond kan de suggestie van verzoeker, de kosten te verhalen op degene die de ambulance heeft besteld, niet worden gevolgd. Indien deze persoon met de kosten van het ambulancevervoer zou worden geconfronteerd, dan kunnen deze kosten immers op verzoeker worden verhaald. De andere suggestie van verzoeker, te weten het verhalen van de onderhavige kosten op de ouders kan evenmin worden gevolgd, aangezien deze ouders niet bekend zijn.

Het feit dat verzoeker zich vlak bij zijn huis bevond en dat hij zo niet naar huis, dan wellicht naar een dichterbij gelegen ziekenhuis had kunnen worden vervoerd, is in zoverre niet relevant dat tijde van het vervoer is geoordeeld dat verzoeker naar de SEH van een ziekenhuis moest worden vervoerd en dat het ziekenhuis in Breda op dat moment hiervoor de aangewezen locatie vormde.


- 9.4. De commissie heeft de zorgverzekeraar gevraagd of het voorstel van 13 april 2017, inhoudende een verlaging van het vrijwillig eigen risico tot € 0,--, nog steeds geldig is. De zorgverzekeraar heeft hierop bij brief van 5 september 2017 bevestigend geantwoord. Indien verzoeker hiervan gebruik zou willen maken, zou hij het premieverschil (12 x € 20,--) moeten voldoen, hetgeen voor hem zou resulteren in een nettobesparing van € 260,-- (€ 500,-- - € 240,--). Verzoeker heeft het voorstel opnieuw afgewezen en zich bereid verklaard enkel het verschil van € 111,89 te willen betalen. Naar de commissie begrijpt, bestaat dit verschil uit het bedrag van € 736,89 verminderd met het verplicht

 eigen risico en voornoemd premieverschil van € 240,--, tezamen € 625,--. De commissie concludeert dat partijen hierover geen overeenstemming hebben bereikt en laat dit punt daarom verder rusten.












Conclusie

 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 september 2017,











 J.A.M. Strens-Meulemeester