



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, operatie in verband met hallux valgus, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201700894  
Zittingsdatum : 25 oktober 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Anderzorg N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

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 behandeling in verband met hallux valgus in de San Roman Kliniek te Alicante, Spanje (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 21 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 5 mei 2017 heeft verzoekster 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).
- 3.4. 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 20 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 25 en 27 juli 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 21 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 augustus 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017032944) de commissie geadviseerd nader onderzoek te verrichten. Het staat niet zonder meer vast dat verzoekster niet voldoet aan de criteria van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering. Om te bepalen of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de operatie moet worden vastgesteld welke operatiemethode de behandelend arts in Spanje heeft toegepast voor de behandeling van hallux valgus. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 augustus 2017 aan partijen gezonden. Daarbij is aan verzoekster de opdracht gegeven aanvullende informatie van de behandelend arts aan te leveren. Verzoekster heeft op 1 september 2017 de gevraagde informatie toegezonden, door de commissie ontvangen op 4 september 2017. Een afschrift van deze informatie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 22 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Bij brief van 28 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de na ontvangst van het voorlopig advies ontvangen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 oktober 2017 de commissie bij wege van definitief advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de volgende grond: *"Uit de brief van de behandelend arts in Spanje van 31 augustus 2017 blijkt dat bij verzoekster een proximale phalanx osteotomie (Akin) met bunionectomie is toegepast. Het Zorginstituut heeft in 2011 een standpunt uitgebracht over minimaal invasieve chirurgische techniek bij hallux valgus. Voor de behandeling van hallux valgus door de combinatie van proximale phalanx osteotomie (Akin) met bunionectomie zelf (dus los van de toegangsweg: minimaal invasief dan wel een open operatie) bleek onvoldoende bewijs dat deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op 28 juni 2016 is er een nieuwe literatuursearch verricht met de zoektermen "minimally invasive" AND "hallux valgus". Uit deze literatuursearch blijkt dat er sinds het standpunt uit 2011 geen nieuwe studies gepubliceerd zijn naar het effect van minimaal invasief uitgevoerde osteotomie van de proximale phalanx als behandeling van hallux valgus. De studies die wel verricht zijn naar minimaal invasieve behandelingen van hallux valgus betreffen metatarsale osteotomie."* Een afschrift van het definitief advies is op 12 oktober 2017 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 20 oktober 2017 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *"Gaarne uw behandeling bij bovengenoemde patiënt in verband met toenemende klachten en functiebeperkingen door haar hallux valgus (beiderzijds). Patiënte wordt verwezen voor behandeling middels minimaal invasieve operatieve osteotomie waardoor het revalidatieproces aanzienlijk sneller kan plaatsvinden."*
- 4.2. Verzoekster heeft gedurende lange tijd last gehad van een forse hallux valgus aan beide voeten. Aangezien behandelingen met zelfjes en een consult bij een podotherapeut niet het gewenste resultaat hadden, heeft verzoekster met haar huisarts gezocht naar alternatieven. Gelet op de in Spanje gebruikte behandeltechniek heeft de huisarts verzoekster doorverwezen naar Clinica San Roman te Alicante, waar de behandelend arts haar met succes heeft geopereerd.

4.3. De ingreep vond plaats op 20 februari 2017, en de factuur ten bedrage van € 5.450,- heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Hierop volgde een afwijzing op de grond dat "de behandeling moet doelmatig zijn. Dit betekent dat de behandeling moet blijken te werken. De behandeling moet ook niet te zwaar, te kostbaar of te uitgebreid zijn t.o.v. de resultaten. Bovendien moet deze resultaten ook niet op een eenvoudige manier te bereiken zijn". Gelet op deze uitleg van de ziektekostenverzekeraar meent verzoekster dat zij aan de gestelde voorwaarden voldoet. Daar komt bij dat de door haar in Clinica San Roman ondergane ingreep al meer dan dertig jaar naar volle tevredenheid van de patiënten wordt toegepast. Hierbij speelt een rol dat de ingreep veel sneller wordt uitgevoerd, minder complicaties heeft en bovendien veel goedkoper is dan alternatieve behandelingen. Volgens verzoekster is er geen kans dat haar klachten na de ingreep terug komen. Het is voor verzoekster dan ook een raadsel waarom deze niet willen vergoeden.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de operatie van verzoekster aan de hallux valgus in Alicante is uitgevoerd door middel van de minimale invasieve techniek. Het College voor zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) heeft op 22 augustus 2011 een rapport uitgebracht waaruit blijkt dat de minimaal invasieve techniek niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hoewel de ingreep al enige jaren wordt uitgevoerd en hierover veel is gepubliceerd, zijn de veiligheid en effectiviteit nog niet door onderzoek op voldoende niveau aangetoond.

5.2. In reactie op de door verzoekster overgelegde verklaring van haar behandeld arts uit Spanje stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit deze verklaring blijkt dat de volgende operatie is uitgevoerd: Akin osteotomie van de proximale phalanx, bunionactomie en weke delen chirurgie. Ten aanzien van deze operatiemethode heeft het Zorginstituut in zijn advies van 22 augustus 2017 geoordeeld dat deze methode niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.

5.3. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen onder andere wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**“Medisch specialistische zorg**

*(...) Welke zorg*

*U heeft recht op:*

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

- 8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen voorts wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**Buitenland**

*Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.*

**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 Anderzorg 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/ EERland 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 Anderzorg 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.*

*(...)*

**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 Anderzorg nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Anderzorg Zorgadviseur op 0900 16 16 160. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.*

*(...)*

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen tot slot de vorm en inhoud van de verzekerde zorg. De betreffende bepaling luidt:

*“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 geneesmiddelen en hulpmiddelen. 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 voorwaarden van de zorgverzekering zijn 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.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1, tweede lid, 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 of 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 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:  
*"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 Spanje, 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.  
Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.


- 9.2. Vast staat dat verzoekster in Spanje een behandeling heeft ondergaan in verband met hallux valgus aan beide voeten. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 22 augustus 2017 maakt de commissie op dat het hierbij van belang is welke operatiemethode voor deze ingreep is gebruikt. In dat kader is verzoekster verzocht hierover duidelijkheid te verschaffen. Bij brief van 1 september 2017 heeft verzoekster een verklaring van haar behandelend arts overgelegd waaruit blijkt dat bij verzoekster de volgende operatie is uitgevoerd: Akin osteotomie van de proximale phalanx, bunionectomie en weke delen chirurgie. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 september 2017 ingenomen standpunt staat de vraag centraal of deze behandelmethode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee is te beschouwen als een verzekerde prestatie.
- 9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige ingreep is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het definitieve advies van 9 oktober 2017 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 het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Aangezien de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, bestaat geen aanspraak op basis van de zorgverzekering en is de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van de mogelijke voordelen van de gebruikte techniek, maakt het voorgaande niet anders.





### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, 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, 25 oktober 2017,



A.I.M. van Mierlo

