



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), ingangsdatum

Zaaknummer : 201600507

Zittingsdatum : 19 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Optimaal Aanvullend 3 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 verzekeringen Optimaal Tand Extra en Herverzekeren eigen risico zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij e-mailbericht van 8 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag nog niet kon worden verwerkt. Door de ziektekostenverzekeraar is bij wijze van voorschot een budget toegekend van € 1.932,-- voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016.
- 
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de ingangsdatum van het PGB vv en de hoogte van het budget, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag niet met voorrang kan worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft niet inhoudelijk op de aanvraag beslist.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 maart 2016 medegedeeld de ingangsdatum van het PGB vv te stellen op 23 december 2015. Voor de periode van 23 december 2015 tot en met 24 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar voor Verpleging drie uren en dertig minuten toegekend, en voor Persoonlijke Verzorging twintig uren en vijfentwintig minuten, zulks in overeenstemming met de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige.
Bij brief van 21 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld de ingangsdatum niet verder te vervroegen, en niet bereid te zijn tot het verlenen van een schadevergoeding vanwege een

 (mogelijke) verzuimboete die verzoekster is verschuldigd aan de Belastingdienst vanwege het niet (tijdig) afdragen van loonheffing.

-  3.4. Bij e-mailbericht van 3 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ingangsdatum van het PGB vv te stellen op 24 november 2015, en haar de aan de Belastingdienst verschuldigde verzuimboete te vergoeden (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 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.
-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. 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.
-  3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 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.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
-  3.11. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld na te gaan of aan verzoekster zorg in natura is geleverd. Bij brief van 1 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn reactie aan de commissie gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 4 november 2016 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"douchen, toiletgang, aan- en uitkleden, aan- en uit bed halen, begeleiden met trap op/af, wassen aan wastafel, verschonen luiers, mondverzorging, tandpoetsen, nagels knippen, toilet hygiëne etcetera. Medicatie aanreiken/toedienen, bloeddruk meten, meerdere momenten op een dag. (...)"*.
-  4.2. Op 24 november 2015 heeft de wijkverpleegkundige bij verzoekster een herindicatie uitgevoerd, waarbij zij heeft geconcludeerd dat een aanzienlijke uitbreiding van het aantal uren zorg noodzakelijk was. Hierop is het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingevuld en bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop lange tijd niet inhoudelijk gereageerd. Eerst bij e-mailbericht van 8 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld haar van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016 het lagere budget van vóór de herindicatie te vergoeden, namelijk € 1.932,--. Verzoekster heeft

echter aanspraak gemaakt op een maandelijks budget van € 2.415,58. Het beschikbare budget was door haar in februari 2016 reeds verbruikt, zodat de zorgverlener niet kon worden betaald. De zorgverlener heeft nog aanvullend salaris tegoed over de maanden november en december 2015 en januari 2016, en kan niet worden betaald voor de verleende zorg in de maanden februari en maart 2016.

- 4.3. Verzoekster is verplicht aangifte voor de loonheffing te doen bij de Belastingdienst en de verschuldigde loonheffing af te dragen. Die afdracht kon niet tijdig plaatsvinden. De aangiftetermijn is reeds lang verstreken, zodat een verzuimboete is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoekster deze boete te vergoeden.

Verder is verzoekster bekend dat bij een andere verzekerde van de ziektekostenverzekeraar de ingangsdatum van het PGB vv is vervroegd naar de ingangsdatum die op het aanvraagformulier is vermeld, en niet, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, de datum van binnenkomst van het aanvraagformulier. Verzoekster is daarom van mening dat sprake is van schending van het gelijkheidsbeginsel.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster erop gewezen dat in Nederland het gelijkheidsbeginsel van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar heeft de taak de regelgeving van de overheid uit te voeren. Verzoekster heeft een klacht voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar in een vergelijkbare kwestie, en deze is toen wel gehonoreerd. Zij heeft nog een ander voorbeeld van een zeer hoog bedrag dat is vergoed. Het pleidooi is dan dat als er een bepaling is waarin staat dat er geen declaraties meer kunnen worden ingediend als het budget toereikend was, deze regel voor iedereen moet gelden. De bijzaken zijn niet relevant, het gaat puur om het gelijkheidsbeginsel. De zorg liep altijd via het PGB vv. Er is nooit wijkverpleging in natura geleverd.

- 4.5. Bij e-mailbericht van 4 november 2016 heeft verzoekster toegelicht dat de declaratie die door de ziektekostenverzekeraar wordt genoemd, is veroorzaakt doordat een wijkverpleegkundige de indicatie voor het PGB vv moest stellen. Dit is tevens op te maken uit het lage bedrag dat in rekening is gebracht, welk bedrag niet kan zien op de gehele periode. Verzoekster benadrukt dat het geschil betrekking heeft op de ingangsdatum van het PGB vv van 23 december 2015. Zij is van mening dat het PGB vv dient in te gaan op 23 november 2015.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Uit het aanvraagformulier blijkt dat de wijkverpleegkundige de ingangsdatum van de indicatie heeft gesteld op 24 november 2015. De geïndiceerde zorg betreft drie uren en dertig minuten Verpleging per week en twintig uren en vijftientwintig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Op 26 november 2015 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het aanvraagformulier later mocht worden ingeleverd. Gelet hierop is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de eerdere beslissing om de ingangsdatum van het PGB vv te handhaven op de datum van binnenkomst van het aanvraagformulier, namelijk 23 december 2015, niet juist is geweest. In artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2015' is echter bepaald dat indien een aanvraag wordt ingediend voor een PGB vv, de zorg in natura dient te worden beëindigd. In artikel 6.6 van het reglement is in aanvulling hierop bepaald dat gedurende de periode dat een PGB vv is verstrekt, geen gebruik kan worden gemaakt van Verpleging en Verzorging in natura.

- 5.2. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens blijkt dat voor verzoekster gedurende de periode van 1 november 2015 tot en met 30 november 2015 zorg in natura is betaald, namelijk € 565,20 voor Persoonlijke Verzorging informeel (360 eenheden) en € 72,24 voor Verpleging (twaalf eenheden gedeclareerd door instelling). Voor de periode van 1 december 2015 tot en met 22 december 2015 is € 1.086,96 vergoed voor Persoonlijke Verzorging informeel (693 eenheden). Een eenheid staat hierbij voor vijf minuten zorg.

Gelet op het voorgaande is sprake van gedeclareerde en uitbetaalde zorg in natura voor de indicaties Persoonlijke Verzorging en Verpleging gedurende de periode van 24 november 2015 tot 23 december 2015, zodat verzoekster voor dit tijdvak niet meer in aanmerking komt voor een PGB vv. In dat geval zou immers sprake zijn van een dubbele verstrekking.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat gelijke gevallen gelijk moeten worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar kent de door verzoekster genoemde dossiers echter niet. Aan verzoekster is eerst zorg in natura geleverd, namelijk van november tot en met december, zo blijkt uit de declaraties. Het gaat dan ook niet om de ingangdatum van het PGB vv, maar met name om de vraag of al dan niet zorg in natura is verleend. Als geen zorg in natura is verleend, zullen de declaraties die zijn ingediend worden uitgekeerd, uiteraard met inachtneming het budget.

5.4. Bij brief van 1 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor zorg verleend op 3 november 2015 een declaratie is ingediend ter hoogte van € 72,24 door 'Joost Zorgt B.V.', voor de periode van 1 november 2015 tot en met 30 november 2015 een declaratie van € 565,20 voor "informele zorgverlening", en voor de periode van 1 december 2015 tot en met 31 december 2015 een declaratie van € 144,48 door 'Stichting Zorgwa'.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 ingangsdatum van het PGB vv te stellen op 24 november 2015. Voorts is in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een schadevergoeding te verlenen vanwege de (mogelijke) verzuimboete die zij is verschuldigd aan de Belastingdienst.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. (...)

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging. (...)"

- 8.4. Artikel 4.8 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"4.8 Toekennen pgb vv

- Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toestemmingsbrief, dan wel een bevestiging via elektronische weg, waarin de periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed.*
- De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. De toekenning van het pgb vv wordt schriftelijk aan u bevestigd. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.*
- Ontvangt u al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een pgb vv indient? Dan moet u deze zorg zelf beëindigen, voordat het pgb vv, zoals opgenomen in de toestemmingsbrief, ingaat. Het pgb vv wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van dat jaar.*
- In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."*

- 8.5. Artikel 6.6 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"U kunt tijdens de pgb vv periode geen gebruik maken van verpleging en verzorging via zorg in natura."

- 8.6. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 4.8 en 6.6 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 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 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. 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 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 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. Gelet op de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 4 juli 2016, wordt verzoekster niet langer tegengeworpen dat het PGB vv eerst ingaat op de dag dat het volledig ingevulde aanvraagformulier door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, als bedoeld in artikel 4.8 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. De ingangsdatum van het PGB vv moet daarom in beginsel worden gesteld op 24 november 2015, de datum die de wijkverpleegkundige als ingangsdatum op het aanvraagformulier heeft vermeld.
- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd en met stukken onderbouwd, dat gedurende de periode van 1 november 2015 tot 23 december 2015 zorg in natura is afgenomen waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed. Door verzoekster is niet bestreden dat kosten in rekening zijn gebracht, maar zij bestrijdt dat deze zien op aan haar verleende zorg in natura. Echter, vanwege het feit dat het gaat om drie afzonderlijke bedragen, komt het standpunt van verzoekster dat deze kosten zien op de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige ten behoeve van het PGB vv, de commissie niet aannemelijk voor. Gelet op het bepaalde in de artikelen 4.8 en 6.6 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging', kunnen beide vormen van zorgverlening niet tegelijk worden gebruikt. Verzoekster is door het afsluiten van de zorgverzekering contractueel gebonden aan genoemd reglement, zodat hetgeen hierin is bepaald voor haar geldend is. Hieruit volgt dat verzoekster in het tijdvak, gelegen tussen de - gecorrigeerde - ingangsdatum van het PGB vv van 24 november 2015 en de eerder door de ziektekostenverzekeraar genoemde einddatum van zorg in natura, te weten 22 december 2015, geen aanspraak heeft op een PGB vv. De ingangsdatum van het PGB vv van 23 december 2015 moet daarom als juist worden aangemerkt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat op basis van die verzekering geen - aanvullende - vergoeding kan worden verleend.

Schadevergoeding

- 9.5. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster eerst na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft medegedeeld dat de ingangsdatum van het PGB vv wordt gesteld op 23 december 2015, en verzoekster tot die tijd slechts het lagere budget heeft ontvangen dat zij in 2015 ontving, waardoor zij haar zorgverlener niet (volledig) heeft kunnen betalen en zij niet tijdig aangifte voor de loonheffing heeft kunnen doen bij de Belastingdienst, hetgeen naar haar zeggen

 een verzuimboete tot gevolg zal hebben, vordert verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

-  9.6. Gelet op het indemniteitsbeginsel, dat ten grondslag ligt aan verzekeringen als de onderhavige, kan verzoekster geen schade vorderen die zij niet heeft geleden. Uit de stukken blijkt niet dat haar zorgverlener bij verzoekster salaris over de maanden november en december 2015 en januari, februari en maart 2016 heeft gevorderd, waarover de loonheffing moet worden afgedragen, en evenmin dat haar door de Belastingdienst in verband hiermee een verzuimboete is opgelegd. Aangezien de gestelde schade aldus onvoldoende aannemelijk is geworden, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden verzoekster hiervoor een vergoeding te verlenen.

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, 14 december 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester