



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Eigen risico, DBC, poliklinisch consult
Zaaknummer : 201402931
Zittingsdatum : 15 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19 en 21 Zvw, 2.4, 2.17-2.19 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Best, VGZ Tand Beter en MiX Aanvullende Verzekering zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 20 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 275,96 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico voor 2014 in verband met de door haar genoten geneeskundige zorg.

3.2. Bij brief van 9 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een betalingsherinnering gezonden voor het bedrag van € 275,96.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.5. Bij e-mailbericht van 18 december 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 275,96 van haar vordert (hierna: het verzoek).

3.6. 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.

- 
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2015 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.9. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 2015 telefonisch gehoord.
- 
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 15 juli 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden gelegenheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Op 25 december 2013 heeft verzoekster zich in verband met pijn aan haar teen tot de eerste hulp gewend van het Máxima Medisch Centrum te Eindhoven (hierna: MMC). Aldaar bleek dat de teen gebroken was en is er tape om gedaan. De zorgverlener heeft verzoekster een brief meegegeven en haar geadviseerd na twee weken met deze brief ter controle naar het Sint Franciscus Ziekenhuis te Roosendaal (hierna: SFZ) te gaan. Verzoekster is, conform afspraak, op 7 januari 2014 voor controle van haar gebroken teen naar het SFZ gegaan. De controle werd uitgevoerd door een verpleegster en is niet naar tevredenheid van verzoekster verlopen. Verzoekster heeft nog geen minuut op de behandeltafel gezeten en er is niet naar haar teen gekeken. Haar sok hoefde niet te worden uitgetrokken en er is niet door de sok heen gevoeld. Tevens is de tape er niet afgehaald. Er werd enkel medegedeeld dat haar lichaam de pijngrens zou aangegeven en dat verzoekster dit in de gaten moest houden. Dit was exact hetzelfde als de mededeling van de zorgverlener in het MMC. Zodoende was deze 'controle' een verspilling van tijd, geld en energie. Verzoekster heeft direct aan de balie van de afdeling Orthopedie van het ziekenhuis geklaagd. Tevens heeft verzoekster haar beklag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. Een ieder in Nederland is namelijk verantwoordelijk voor het beheersen van de kosten van zorg.
- 
- 4.2. Verzoekster weigert te betalen voor de ondeugdelijke controle. De hoogte van de onderhavige nota staat geenszins in verhouding tot de 'behandeling' die verzoekster heeft gehad. Bovendien is de behandeling niet uitgevoerd door de zorgverlener die de ziektekostenverzekeraar noemt. In oktober 2014 heeft telefonisch contact met het ziekenhuis plaatsgevonden, bij welke gelegenheid werd medegedeeld dat het tarief voor de controle is gekoppeld aan een DBC-zorgproductcode, en verzoekster werd terugverwezen naar de ziektekostenverzekeraar. Tevens werd haar informatie over de DBC-zorgproductcode gestuurd. Hierop heeft verzoekster zich tot de ziektekostenverzekeraar gewend en die verwees haar naar de Nederlandse Zorgautoriteit. Verzoekster heeft ook daar haar beklag gedaan, maar werd wederom terugverwezen naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar geeft echter geen duidelijk antwoord op de vraag hoe de kwaliteit van de zorg wordt gecontroleerd en op welke wijze haar klacht wordt behandeld. Zodoende heeft verzoekster het gevoel dat zij van het kastje naar de muur wordt gestuurd.
- 
- De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn heroverweging dat een poliklinisch consult is uitgevoerd door een mannelijke arts. Dit is onjuist, aangezien verzoekster op 7 januari 2014 hooguit één minuut door een vrouwelijke arts te woord is gestaan. De informatie van het ziekenhuis waarop de ziektekostenverzekeraar zich baseert, wordt echter niet overgelegd.



In december 2014 heeft wederom contact met het ziekenhuis plaatsgevonden. De klachtenfunctionaris aldaar deelde aan verzoekster mede dat zij op 7 januari 2014 is gezien door een vrouwelijke arts. Dit is vreemd, aangezien eerst door het ziekenhuis - en de ziektekostenverzekeraar - werd verklaard dat verzoekster was gezien door een mannelijke arts. De vrouwelijke arts heeft een verklaring opgesteld, waarin onder meer staat dat de tape nog goed zat. Het is ongeloofwaardig dat de arts dit kan verklaren, aangezien verzoekster haar sok niet hoefde uit te trekken. Verzoekster vermoedt dan ook dat niet de waarheid wordt gesproken door het SFZ. De klachtprocedure bij het ziekenhuis is afgerond. Klaarblijkelijk wordt een zorgverlener meer geloofd dan een patiënt, want er wordt volledig op de verklaring van de vrouwelijke arts afgegaan. Alleen al uit het feit dat verzoekster veel werk heeft gemaakt van onderhavige kwestie, blijkt dat zij de waarheid spreekt. Bovendien is direct na de controle een klacht ingediend bij het ziekenhuis, op welk moment verzoekster nog niet op de hoogte was en kon zijn van de kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft zich onvoldoende ingespannen om te achterhalen of het SFZ juist heeft gehandeld.

- 
- 
- 
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in het SFZ niet is gezien door een orthopeed, maar door een verpleegkundige. In de omschrijving van de DBC staat dat de behandeling plaatsvindt door een orthopeed. Dat is dus niet het geval geweest. Het is niet vreemd dat de kosten van de zorg op deze manier de pan uit rijzen. Verzoekster stelt dat zij steeds aanmaningen ontving voor het openstaande bedrag, en dat op enig moment zelfs een deurwaarder langskwam. Over deze gang van zaken is zij niet te spreken. Nog voordat de vordering bij de deurwaarder lag heeft verzoekster twee keer gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft schade ondervonden in de vorm van telefoonkosten en stress.

- 
- 
- 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. In artikel 14 van de zorgverzekering zijn de voorwaarden die gelden voor de aanspraak op medisch specialistische zorg omschreven. In de verzekeringsvoorwaarden is in de begripsomschrijvingen een definitie gegeven van een Diagnose Behandeling Combinatie (hierna: DBC). Een DBC beschrijft door middel van een code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ. Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de eventuele behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen. Aan elke DBC hangt een prijs. Via de DBC's worden het ziekenhuis en de medisch specialisten betaald. Het tarief bestaat uit twee delen: het honorarium van de medisch specialist en de kosten van het ziekenhuis. De DBC's zijn gebaseerd op een gemiddelde van de geleverde zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling worden gemaakt. Niet iedere activiteit (bijvoorbeeld een scan of consult) wordt apart in rekening gebracht. Het kan dus zijn dat in sommige gevallen de rekening lager is dan de werkelijk gemaakte kosten, of in sommige gevallen juist hoger. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt in beginsel voor alle zorgvormen. Er gelden een paar uitzonderingen, zoals huisartsenzorg. Het eigen risico is van toepassing bij medisch specialistische zorg. Voor het jaar 2014 gold een verplicht eigen risico van € 360,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor rekening van een verzekerde.
- 5.2. Verzoekster heeft medisch specialistische zorg genoten. Het MMC heeft verzoekster juist geadviseerd om ter controle naar het SFZ te gaan. Het SFZ heeft een bedrag van € 275,96 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd voor zorg in de periode van 1 januari 2014 tot en met 6 april 2014. Hiervoor is DBC-zorgproductcode 199299028 gebruikt en declaratiecode 15D058. De omschrijving bij deze DBC is "Consult op de polikliniek bij een niet nader gespecificeerd letsel". Voor deze DBC wordt het tarief voor de ziekenhuiskosten en de honorariatarieven van

de ondersteunende specialismen vastgesteld door middel van onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. De kosten die gedeclareerd zijn komen overeen met het afgesproken tarief voor de gedeclareerde DBC. Het maakt voor de kosten die aan een DBC zijn gekoppeld niet uit hoe lang een patiënt/verzekerde door een arts is behandeld. Het bedrag van € 275,96 is volledig vergoed en verrekend met het verplicht eigen risico van verzoekster. Deze informatie is na te gaan in het vergoedingenoverzicht met kenmerk 2014 4.

- 5.3. Op 31 oktober 2014 heeft telefonisch contact met verzoekster plaatsgevonden over de volgens haar onjuist gedeclareerde zorgkosten door het SFZ. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met het SFZ over de uitgevoerde behandeling. De afdeling Facturatie van het SFZ heeft verklaard dat een poliklinisch consult heeft plaatsgevonden bij een mannelijke arts (chirurg). De specialist beoordeelt aan de hand van de indicatie welke DBC-zorgproductcode gebruikt moet worden. Het ziekenhuis kan geen inhoudelijke informatie over de behandeling geven aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster dient hiervoor zelf contact op te nemen met het SFZ.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen opnieuw contact opgenomen met de debiteurenadministratie van het SFZ. Die geeft aan dat de DBC is gedeclareerd die hoort bij de behandeling(en) die verzoekster heeft gehad. Voorts geeft zij aan dat in hun systeem de naam van een mannelijke arts is vermeld als behandelaar. Het is mogelijk dat verzoekster is behandeld door een arts-assistente. Dan komt de hoofdbehandelaar (de mannelijke arts) wel vaak (mee)kijken. Als verzoekster het niet eens is met de behandelend arts, de verrichting of de kosten kan zij contact opnemen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan haar de volledige (privacygevoelige) informatie verstrekken. Als verzoekster het niet eens is met de informatie die zij van het ziekenhuis heeft gekregen, kan zij zich wenden tot de klachtencommissie aldaar.
- 5.4. Het signaal van verzoekster is doorgestuurd naar de afdeling Zorginkoop. Deze afdeling houdt de markt in de gaten. Als er meer signalen zoals die van verzoekster worden ontvangen, zullen deze in behandeling worden genomen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster een consult heeft gehad in het ziekenhuis. Dit blijkt uit de contacten met het ziekenhuis en bovendien heeft verzoekster dit zelf verklaard. Ook als sprake is geweest van een kort consult, zijn de kosten terecht bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebracht. Het is goed dat verzoekster wil controleren of een zorgaanbieder niet te hoge kosten declareert voor een consult. Naar de mening van de ziektekostenverzekeraar zijn er geen aanwijzingen dat het ziekenhuis onjuist heeft gedeclareerd. De kosten zijn terecht verrekend met het verplicht eigen risico van verzoekster.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het dossier bij de deurwaarder is gesloten. Dit is inderdaad misgegaan, en hiervoor worden excuses aan verzoekster aangeboden. Lopende de procedure bij de commissie zullen geen aanmaningen worden verstuurd. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding aan verzoekster een schadevergoeding toe te kennen.
- 5.7. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit over DBC-zorgproductcode 199299028 en de bijbehorende declaratiecode 15D058 niet blijkt dat het consult dient te worden uitgevoerd door een orthopedisch specialist. Hetgeen verzoekster hierover heeft gesteld vormt voor de ziektekostenverzekeraar dan ook geen aanleiding zijn beslissing te herzien. Verzoekster is op 25 december 2013 voor haar gebroken teen behandeld in het MMC. Het ziekenhuis heeft de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd aan de hand van DBC-zorgproductcode 199299012 (declaratiecode 15D046). De omschrijving van de behandeling is "Letzel (excl. heupfractuur) | Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht | Letzel overig". Nu het consult van 7 januari 2014 heeft plaatsgevonden in een ander ziekenhuis, te weten het SFZ, is het terecht dat dit ziekenhuis op dat moment een nieuwe DBC heeft geopend.



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



6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel 10 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 ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 275,96 ter zake van het verplicht eigen risico voor 2014 van verzoekster mag vorderen.



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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.



8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.



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

"7.1. hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)



7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. (...)"



8.5. In de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering is onder meer het begrip 'DBC' gedefinieerd, en deze definitie luidt:

"Diagnose Behandeling combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijs curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen."



8.6. De artikelen 7 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 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 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

- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie.
Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beoordeling voorligt is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.

- 9.2. Door het ziekenhuis is voor zorg in de periode van 1 januari 2014 tot en met 6 april 2014 DBC-zorgproductcode 199299028 (*Consult op de polikliniek bij een niet nader gespecificeerd letsel*) gedeclareerd (declaratiecode 15D058). Dit betreft een DBC uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het gedeclareerde bedrag van € 275,96 komt volgens de ziektekostenverzekeraar overeen met het afgesproken tarief voor eerdergenoemde DBC.

- 9.3. Naar aanleiding van het door verzoekster gestelde heeft de ziektekostenverzekeraar onderzoek gedaan naar de ingediende declaratie. Daarbij is hij tot de conclusie gekomen dat de door (de behandelend arts van) het SFZ gedeclareerde DBC correct is. De commissie onderschrijft deze conclusie, mede omdat vaststaat dat verzoekster op 7 januari 2014 in het SFZ is geweest voor een controleafspraken voor haar gebroken teen, en zij derhalve geneeskundige zorg heeft gekregen. Dat onduidelijkheid bestaat over de arts die verzoekster heeft gezien c.q. behandeld en de arts die heeft gedeclareerd én dat verzoekster zich niet kan verenigen met de uitgevoerde verrichtingen en de daarvoor in rekening gebrachte kosten maakt dit niet anders.

- 9.4. Ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoekster in 2014 maximaal € 360,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat dit verplicht eigen risico tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog geheel dan wel gedeeltelijk open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de in 2014 gemaakte kosten van geneeskundige zorg ten bedrage van € 275,96 ten laste van het verplicht eigen risico voor dat jaar gebracht.

- 9.5. Verzoekster heeft nog gesteld dat zij schade heeft geleden. Aangezien het verzoek dient te worden afgewezen bestaat voor schadevergoeding geen grond, nog daargelaten dat verzoekster dit verzoek onvoldoende heeft gespecificeerd en gesubstantieerd.

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, 19 augustus 2015,



mr. H.A.J. Kroon

