



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zorgplicht, zorgbemiddeling, omzetplafond  
Zaaknummer : 201701957  
Zittingsdatum : 20 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, drs. mr. J.A.M. Stens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 Bzv)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

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 Eigen Keuze (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens ten behoeve van verzoekster 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. Verzoekster heeft zich gewend tot een specifieke zorgaanbieder voor GGZ zorg. Van de betreffende zorgaanbieder heeft zij begrepen dat zij daar niet op korte termijn kon worden geholpen en op een wachtlijst zou worden geplaatst. Hierop heeft zij op 17 augustus 2017 een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en hem verzocht om wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit verzoek niet gereageerd.

3.2. Hierover heeft verzoekster op 2 november 2017 een klacht ingediend bij de Ombudsman Zorgverzekeringen met het verzoek te bemiddelen. De bemiddeling heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een poging heeft gedaan tot wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft op dat moment van de zorgaanbieder vernomen dat verzoekster op de wachtlijst stond, maar niet eerder kon worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierover bij brief van 4 januari 2018 geïnformeerd en haar gewezen op de mogelijkheid de behandeling te ondergaan bij een door hem gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid, omdat zij inmiddels zelf had bewerkstelligd dat zij op 11 januari 2018 voor een intakegesprek terecht kon bij de door haar gekozen zorgaanbieder. Vervolgens is de behandeling bij deze zorgaanbieder gestart.

3.3. Bij brief van 8 augustus 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens haar heeft geschonden, alsmede (ii) dat de ziektekostenverzekeraar zijn inkoopbeleid ten aanzien van GGZ zorg dient aan te passen en dat (iii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige procedure aan haar moet vergoeden (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 15 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 december 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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 Zvw, 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2019 gehoord.

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

- 4.1. Op grond van artikel 25 van de zorgverzekering bestaat recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden. In augustus 2017 heeft verzoekster van haar huisarts een verwijzing gekregen voor specialistische GGZ zorg in verband met een angststoornis en een stemmingsstoornis. Vanwege de wachtlijsten en/of aannamestops werd geen acute hulp geboden. Verzoekster heeft getracht via de wachtlijstbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar alsnog tijdig hulp te krijgen, echter zonder resultaat. Vervolgens heeft verzoekster hierover een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, maar ook dit heeft niet tot op een oplossing geleid. Verzoekster is van mening dat de 'Treeknorm', waardoor de maximale wachttijd voor GGZ zorg wordt bepaald, is overschreden.
- 4.2. Verzoekster heeft zich vervolgens gewend tot de Ombudsman Zorgverzekeringen teneinde een oplossing te vinden voor haar probleem. Uit de correspondentie die is gevoerd in deze procedure blijkt het volgende.  
De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat verzoekster niet kon starten met een behandeling bij de door haar gekozen zorgaanbieder, omdat hij het 'zorgplafond' had bereikt. Verder wordt door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de betreffende zorgaanbieder is gespecialiseerd in de behandeling van de psychische klachten die verzoekster ervaart en dat andere zorgaanbieders in de buurt haar niet van de nodige zorg kunnen voorzien. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij geen ruimte zag voor verdere wachtlijstbemiddeling, omdat verzoekster per 1 januari 2018 voor haar behandeling terecht kon bij de door haar gekozen zorgaanbieder. Dit blijkt evenwel onjuist te zijn, zo wordt ook door de ziektekostenverzekeraar achteraf toegegeven. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat hij de klacht van verzoekster niet heeft behandeld en dat hierdoor de wachtlijstbemiddeling niet tijdig heeft plaatsgevonden. Inmiddels heeft verzoekster - door haar eigen handelen - alsnog bewerkstelligd dat zij bij de door haar gekozen zorgaanbieder terecht kan.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn zorgplicht jegens verzoekster geschonden door een inkoopbeleid te hanteren waarbij enerzijds onvoldoende psychiatrische zorg wordt ingekocht en anderzijds 'zorgplafonds' worden toegepast, waardoor verzoekster niet tijdig toegang heeft tot zorg waarop zij aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast is de zorgplicht geschonden door haar niet (tijdig) van wachtlijstbemiddeling te voorzien.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij had verwacht dat de ziektekostenverzekeraar haar zou bijstaan op het moment dat zij aangaf dat de wachttijden zo lang waren. Dit was echter niet het geval. Het contact met de afdeling Zorgadvies verliep ook erg vervelend. De betreffende medewerkers waren weinig geïnteresseerd in haar situatie en klacht. Verzoekster heeft toen eerst opgegeven, omdat het haar teveel energie kostte. Vervolgens heeft zij echter toch besloten zelf contact op te nemen met de psychiater die haar op een wachtlijst plaatste. Hierdoor kon zij daar uiteindelijk in januari terecht. Uiteindelijk heeft het totaal vijf maanden geduurd, voordat zij gerecht kon bij een psychiater, terwijl zij de zorg hard nodig had. Dit neemt zij de ziektekostenverzekeraar bijzonder kwalijk. Zij meent verder dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een bepaalde compensatie is verschuldigd voor al het ongemak dat zij door de gang van zaken heeft ervaren.
- 4.5. 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 voert aan dat het geschil twee onderdelen betreft, te weten de zorgplicht die hij heeft jegens verzoekster en voorts de kwaliteit van het inkoopbeleid en de gevolgen hiervan voor verzekerden. Ten aanzien van dit tweede punt is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de commissie niet bevoegd is tot het geven van een bindend advies. Op grond van artikel 3, eerste lid, Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft de commissie onder andere tot taak het behandelen van geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming, dan wel de uitvoering van de zorgverzekering of ziektekostenverzekering. Het inkoopbeleid is een intern beleid dat geen betrekking heeft op de uitvoering dan wel totstandkoming van de zorgverzekering. De commissie is derhalve niet bevoegd tot het geven van een bindend advies dienaangaande. Mocht de commissie zich wel bevoegd achten op dit punt dan wijst de ziektekostenverzekeraar op het verweer dat door hem ter zake wordt gevoerd.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar wijst op zijn brief van 2 maart 2018 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. In deze brief wordt erkend dat de ziektekostenverzekeraar in de specifieke situatie van verzoekster zijn zorgplicht jegens haar heeft geschonden. De ziektekostenverzekeraar is tot deze conclusie gekomen, nadat is gebleken dat de klacht van verzoekster van 17 augustus 2018 niet goed is behandeld en het verzoek om wachtlijstbemiddeling niet tijdig in behandeling is genomen. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft kunnen voldoen aan de 'Treeknorm'. Gelet op het voorgaande is de vraag of de zorgplicht is geschonden niet in geschil. Dit is reeds in een eerdere fase vastgesteld.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat geen sprake is van een falend inkoopbeleid. De ziektekostenverzekeraar had ten tijde van het ontstaan van het geschil negen specialistische GGZ-instellingen gecontracteerd in de regio waar verzoekster woont. Hierdoor was geen sprake van een gebrek aan zorgverleners in de regio. Verzoekster zag zich evenwel geconfronteerd met een zorgkostenplafond. Wanneer een zorgverlener het zorgkostenplafond bereikt, zijn er twee manieren waarop dit plafond kan worden verhoogd: een algehele verhoging of een individuele verhoging. In beide situaties dient de zorgverlener contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar en wordt vervolgens beoordeeld of de ophoging van het zorgplafond is aangewezen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat verzoekster heeft verklaard dat zij gebruik wenst te maken van een vrijgevestigde psychiater. Verder heeft zij aangevoerd dat andere gecontracteerde zorgaanbieders haar niet kunnen behandelen. De door verzoekster gekozen zorgaanbieder is echter niet gespecialiseerd in het behandelen van de stoornissen waarmee zij bekend is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster derhalve gewezen op een andere - door hem gecontracteerde - zorgaanbieder. Verzoekster heeft evenwel ervoor gekozen de behandeling bij de door haar geselecteerde zorgaanbieder te ondergaan. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom de voorkeur van verzoekster bij deze specifieke zorgaanbieder ligt. Voorts voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoekster een restitutiepols heeft en zich derhalve met haar zorgvraag had kunnen wenden tot zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de klacht van verzoekster van 7 augustus 2017 ten onrechte niet in behandeling is genomen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar haar ook niet teruggebeld, terwijl dit wel met haar was afgesproken. Ook daarna is nog één en ander fout gegaan. De ziektekostenverzekeraar erkent dat pas gedurende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is geconstateerd wat er allemaal mis is gegaan. Daarnaast wordt erkend dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoekster heeft geschonden. De ziektekostenverzekeraar kan niet goed inschatten welke schade verzoekster door de gang van zaken heeft geleden. Eventueel is hij bereid het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de commissie niet bevoegd is een bindend advies te geven over (de kwaliteit van) het inkoopbeleid, omdat dit niet ziet op de totstandkoming dan wel de uitvoering van de zorgverzekering. De commissie deelt deze mening niet. Het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar is onlosmakelijk verbonden met het uitvoeren van de zorgverzekering, met name omdat dit beleid ertoe kan leiden dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht jegens een verzekerde schendt. Het is niet mogelijk vast te stellen of de zorgplicht wordt geschonden, zonder hiervan ook de eventuele oorzaak aan te wijzen. Dit laat overigens onverlet dat de commissie niet kan bepalen dat een zorgverzekeraar zijn beleid ter zake ook daadwerkelijk dient aan te passen.

6.2. 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 (i) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden, alsmede of (ii) hij zijn inkoopbeleid ten aanzien van GGZ zorg dient aan te passen en of (iii) hij is gehouden aan verzoekster de kosten van de onderhavige procedure te vergoeden.

## 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 39 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorgadvies en bemiddeling bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn."*

- 8.4. "(...)"

*1.3. Wie mag de zorg verlenen*

*U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan hebt u geen recht op vergoeding.*

*1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder*

*Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.*

*Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.*

*1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder*

*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)"*

- 8.5. De artikelen 1 en 39 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

- 8.7. 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

**Zorgplicht**

- 9.1. De door verzoekster afgesloten zorgverzekering betreft een verzekering op restitutiebasis. Uit artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw volgt dat de zorgplicht in die situatie inhoudt dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit (i) vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, (ii) desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Onderdeel (i) vormt geen onderwerp van geschil. Ten aanzien van (ii) overweegt de commissie dat de zorgplicht – anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen – in het kader van een restitutieverzekering niet zo ver gaat dat zij aanspraak heeft op bemiddeling naar de zorgaanbieder van haar voorkeur. De keuze voor deze zorgaanbieder heeft ertoe geleid dat verzoekster langer heeft moeten wachten op behandeling. Onweersproken is immers dat de betreffende zorgaanbieder niet bereid was met de ziektekostenverzekeraar te praten over verruiming van het ‘zorgplafond’ op individuele basis, waardoor verzoekster pas in het daaropvolgende jaar bij hem terecht kon. Het voorgaande doet er niet aan af dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek om zorgbemiddeling van 17 augustus 2017 ten onrechte niet in behandeling heeft genomen. In die zin is sprake van schending van de zorgplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft dit overigens erkend in zijn brief van 2 maart 2018 en ter zitting op 20 maart 2019.

**Het inkoopbeleid**

- 9.2. Verzoekster heeft voorts gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zijn inkoopbeleid dient aan te passen. Hierover merkt de commissie op dat verzoekster, vanwege de door haar afgesloten zorgverzekering, recht heeft op ‘vrije artskeuze’. Het inkoopbeleid van de ziektekostenverzekeraar raakt haar niet direct, aangezien zij niet is aangewezen op het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbod. Zoals hiervoor is opgemerkt, was het de keuze van de zorgaanbieder van verzoeksters voorkeur het met hem afgesproken ‘zorgplafond’ in stand te laten en verzoekster in 2017 niet te behandelen. Dit terwijl door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat afwijking van het ‘zorgplafond’ op individuele basis mogelijk is indien daarmee wordt voorkomen dat hij zijn zorgplicht schendt.
- 9.3. De commissie tekent hierbij nog aan dat geenszins vaststaat dat het vanwege het inkoopbeleid van de ziektekostenverzekeraar voor verzoekster niet mogelijk was de benodigde zorg elders tijdig te verkrijgen. Verzoekster heeft zich beroepen op de specifieke deskundigheid van de door haar gekozen zorgaanbieder, doch de ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. Ook heeft hij gemotiveerd gesteld dat er een andere vrijgevestigde psychiater werkzaam is in de regio van verzoekster en dat zij tijdig had kunnen worden behandeld door een gecontracteerde zorgaanbieder, eveneens in haar regio. In meer algemene zin geldt dat enkel op basis van de ervaring van verzoekster geen uitspraak kan worden gedaan over het inkoopbeleid.  
Gesteld noch gebleken is voorts dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest in het informeren van zijn verzekerden – waaronder verzoekster - over het bestaan van ‘omzetplafonds’, een verplichting op grond van beleidsregel TH/NR-010 van de Nederlandse Zorgautoriteit. De commissie laat het aspect van het zorginkoopbeleid daarom verder rusten.

## Vergoeding kosten procedure

9.4. In artikel 15, eerste lid, Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen staat dat de kosten die partijen maken voor de behandeling van het geschil, waaronder het entreegeld, de aan de zaak bestede tijd, reiskosten en kosten van door heb voorgedragen getuigen of deskundigen voor rekening zijn van de betrokken partij. De kosten die verzoekster in dit verband heeft gemaakt blijven derhalve ook voor haar rekening.

In artikel 15, derde lid, Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen staat dat de commissie eventueel ook kan bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding moet toekennen aan verzoekster. Het is dan aan verzoekster duidelijk te onderbouwen welke schade zij door het handelen van de ziektekostenverzekeraar heeft geleden. Hierover heeft zij echter geen duidelijkheid gegeven. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat hij bereid is het entreegeld aan verzoekster terug te betalen. Dit is dan ook niet meer aan te merken als een eventuele schadepost. Verder merkt de commissie op dat hij geen vergoeding toekent voor immateriële schade. Dit betekent dat voor de eventuele emotionele en psychische schade die verzoeker heeft geleden geen vergoeding zal worden toegekend.

## Conclusie

9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn zorgplicht jegens verzoekster geschonden, omdat hij niet tijdig het verzoek om zorgbemiddeling in behandeling heeft genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn zorgplicht jegens verzoekster niet geschonden met het door hem gevoerde inkoopbeleid, dan wel door het hanteren van zorgplafonds. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij bereid is het entreegeld aan verzoekster te vergoeden. In deze beslissing zal de commissie niet treden. De commissie ziet geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de overige kosten die zij heeft gemaakt in verband met de onderhavige procedure moet voldoen.

## 10. Het bindend advies

10.1. De commissie beslist dat:

1. De ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoekster heeft geschonden, omdat hij het verzoek om zorgbemiddeling niet tijdig in behandeling heeft genomen;
2. de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoekster niet heeft geschonden door het gevoerde inkoopbeleid, dan wel het hanteren van zorgplafonds;
3. de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- te vergoeden;
4. de overige kosten die verzoekster in verband met deze procedure heeft gemaakt voor haar rekening blijven.

Zeist, 3 april 2019,

G.R.J. de Groot