

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Medisch specialistische zorg, optometrische behandelingen,
schadevergoeding
Zaaknummer : 2012.00164
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (2009-2010) respectievelijk de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Samen Polis (2011) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis 4 en Extra Tandarts 250 (2009), respectievelijk Extra Zorg Polis Best en Tand Goed Pakket (2010), respectievelijk Extra Zorg Polis Beter en Rechtshulpverzekering Medische Zorg (2011) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van optometrische behandelingen, ondergaan in 2009, 2010 en 2011, ten bedrage van € 1.330,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de optometrische behandelingen ondergaan in 2009 niet voor vergoeding in aanmerking komen. Door middel van een vergoedingenoverzicht van 4 oktober 2011 en brieven van 27 juli 2010 en 28 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd. Voor 2010 is een bedrag van € 210,-- vergoed, en voor 2011 een bedrag van € 440,--. Genoemde bedragen zijn verrekend met het eigen risico 2010 respectievelijk 2011.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van onder meer 5 december 2011 en 12 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Bij brief van 31 mei 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 juli 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012092450) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling van fixatie disparatie door een functionele optometrist niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Fixatie disparatie is niet als afwijking te beschouwen. De literatuur is onduidelijk wat betreft de relatie met het vaag omschreven klachtenpatroon van asthenopie. Bovendien is er onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van prismaglazzen en/of oefeningen op basis van de diverse uitgangspunten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 september 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 oktober 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het CVZ merkt nog op dat in een eerder geschil via een andere weg tot de conclusie is gekomen dat een prismabril en oefeningen door een functioneel optometrist niet tot de aanspraken op basis van de Zorgverzekeringswet behoren. Er is geen sprake van verzekerde zorg.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2009 vier optometrische behandelingen gehad. De kosten hiervan bedragen € 565,--. De ziektekostenverzekeraar is niet overgegaan tot vergoeding. In 2010 heeft verzoeker twee optometrische behandelingen gehad. De kosten hiervan bedragen € 215,--. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar € 210,-- coulancehalve vergoed (onder verrekening met het verplicht eigen risico 2010), zodat hij nog recht heeft op € 5,--. In 2011 heeft verzoeker vijf optometrische behandelingen gehad. De kosten hiervan bedragen € 550,--. Van dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar € 440,-- coulancehalve vergoed (onder verrekening met het verplicht eigen risico 2011). Verzoeker heeft derhalve nog recht op € 110,--.
- 4.2. De optometrische behandelingen omvatten binoculaire oogcontroles en visuele trainingen. De behandelaar van verzoeker is een functioneel optometrist die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Zowel de behandeling als de zorgverlener voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden. Bovendien is verzoeker door zijn huisarts verwezen naar de optometrist. De optometrische behandelingen dienen derhalve volledig te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Met een eventuele coulancevergoeding is verzoeker nooit akkoord gegaan, temeer nu van coulance geen sprake hoeft te zijn, aangezien de optometrische behandelingen een verzekerde prestatie vormen in het kader van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het probleem erin is gelegen dat de behandelaar van verzoeker een zelfstandig optometrist is. De verzekeringsvoorwaarden bepalen hier echter niets over, en bieden verzekerden de ruimte naar een dergelijke zorgverlener te gaan.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit een helder antwoord gegeven op de vragen van verzoeker. Weliswaar zijn verschillende reacties ontvangen, maar nimmer is aan de hand van de polisvoorwaarden uitgelegd hoe de hoogte van de (beperkte) vergoeding tot stand is gekomen.
- 4.4. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn verplichtingen niet is nagekomen, wenst verzoeker dat de premies over de maanden oktober, november en december 2011 worden gerestitueerd. Er is immers betaald voor een verzekeringsproduct dat niet voldoet aan de voorwaarden. Driemaal een maandpremie van € 114,80 komt neer op een bedrag van € 344,40.
- 4.5. Verzoeker vordert tevens een schadevergoeding van € 25,-- per maand, te rekenen vanaf één maand na de indiening van zijn klacht, te weten 28 augustus 2010. Deze schadevergoeding strekt ter compensatie van de schending van de bescherming van zijn persoonsgegevens (artikel 2 lid 5 van de polisvoorwaarden), het welbewust niet naleven van de polisvoorwaarden door de ziektekostenverzekeraar, de onprofessionele en afwachtende houding van de ziektekostenverzekeraar, en de door verzoeker gemaakte onkosten.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies van 12 september 2012 haaks staat op een eerdere uitspraak van het CVZ uit 2008. Er wordt in het advies gesteld dat er een relatie bestaat tussen asthenope klachten en fixatiedisparatie. Of dit daadwerkelijk het geval is valt nog te bezien. Daarnaast wordt ingegaan op de betiteling van de behandelaar van verzoeker. Verzoeker stelt dat de titel optometrist nooit mag worden gevoerd indien er geen BIG-registratie is. Verzoekers behandelaar is als optometrist BIG-geregistreerd. Voorts wordt in het CVZ-advies op-

gemerkt dat fixatie-disparatie in de leerboeken en richtlijnen niet is terug te vinden. Verzoeker brengt in dat in het vakwoordenboek "Dictionary of optometry and visual science" fixatie-disparatie is opgenomen. Anders dan het CVZ stelt, heerst binnen de oogheelkunde en optometrie de opvatting dat een storende fixatie-disparatie gecorrigeerd dient te worden door middel van prisma's. Derhalve vormt het CVZ-advies naar het oordeel van verzoeker geen goede basis voor een beslissing door de commissie. Verzoeker vordert thans € 1.844,63 van de ziektekostenverzekeraar. Dit bedrag is als volgt opgebouwd. Er staat een bedrag van € 914,40 open ter zake van nota's die niet zijn vergoed. Het berekenen van het eigen risico ter zake van de beide coulancevergoedingen dient te worden teruggedraaid. In 2010 gaat het om een bedrag van € 98,23, en in 2011 om € 170,--, hetgeen in totaal € 268,23 is. Voorts wordt een bedrag van € 625,-- bij wijze van schadevergoeding gevorderd. Daarnaast dient door de ziektekostenverzekeraar het entreegeld ten bedrage van € 37,-- aan verzoeker te worden vergoed.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Artikel 13 van de zorgverzekering (2010-2011) betreft medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg kan alleen door een ziekenhuis worden gedeclareerd via een zogenaamde DBC. Dit betekent dat de optometrische behandelingen alleen voor vergoeding in aanmerking komen indien de optometrist werkzaam is in een ziekenhuis. De behandeling door een zelfstandig optometrist valt niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.
- 5.2. Het standpunt van het CVZ met betrekking tot optometrische behandelingen houdt in dat indien een oogarts bepaalde behandelingen door een optometrist laat doen, de oogarts niet pro forma de patiënt nog zelf hoeft te zien. De oogarts blijft evenwel verantwoordelijk voor de indicatiestelling van het onderzoek.
- 5.3. Verzoeker is in 2010 en 2011 diverse malen medegedeeld dat de nota's van de optometrist niet voor vergoeding in aanmerking komen. Desalniettemin heeft verzoeker er voor gekozen de behandeling bij de zelfstandig werkend optometrist voort te zetten. De ziektekostenverzekeraar geeft toe dat vanaf 2010 sprake is van onduidelijke informatie zijnerzijds over de vergoeding van de behandelingen door een optometrist. Uit coulance zijn daarom enkele nota's aan verzoeker vergoed. De coulancevergoeding geldt van 1 januari 2010 tot 10 oktober 2011. Van een volledige vergoeding (ten laste van de zorgverzekering) kan geen sprake zijn. Voor het jaar 2009 is geen sprake van onduidelijke informatievoorziening. Derhalve wordt voor dat jaar niet overgegaan tot een coulancevergoeding.
- 5.4. Voor het jaar 2010 is een bedrag van € 210,-- vergoed. Dit bedrag ziet op twee optometrische behandelingen. Van dit bedrag is een gedeelte verrekend met het verplicht eigen risico 2010. Voor het jaar 2011 is een bedrag van € 440,-- vergoed. Dit bedrag ziet op vier optometrische behandelingen, en is (deels) verrekend met het verplicht eigen risico 2011.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar gaat niet akkoord met de gevorderde terugbetaling van enkele maandpremies, en wijst het verzoek om schadevergoeding af.

- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar het ingenomen standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling verklaard zich aan te sluiten bij de stelling van het CVZ dat functioneel optometrist geen officieel BIG-geregistreerd beroep is. Daarnaast heeft het CVZ vastgesteld dat de behandeling met prismaglaz en oefeningen in de situatie van verzoeker geen verzekerde prestatie is. In een eerder CVZ-advies is vastgesteld dat een deel van een optometrische behandeling is aan te merken als verzekerde prestatie. Dit is nagevraagd bij de medisch adviseur. Deze heeft uitgelegd dat een oogarts verzekerde zorg mag uitbesteden aan een optometrist. Hiervan is echter in de onderhavige situatie geen sprake. Er zijn in het verleden coulancevergoedingen aan verzoeker gedaan. Deze zijn ten laste gekomen van de eigen middelen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar brengt voorts in dat een onjuiste verrekening met het verplicht eigen risico heeft plaatsgevonden. Dit zal worden gecorrigeerd.
- 5.7. Bij brieven van 11 oktober en 16 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de in 2010 en 2011 aan verzoeker gedane coulancevergoedingen onrecht zijn verrekend met het verplicht eigen risico. De bedragen van € 170,- en € 98,23 worden daarom aan verzoeker nabetaald.
- 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 (2009-2011) 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering 2009 en 2010 betreft een naturapolis, en de zorgverzekering 2011 een mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg (2009-2010) onderscheidenlijk niet-gecontracteerde zorg (2011). De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering (2009), respectievelijk de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2010), respectievelijk de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering (2011).
- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering (2009), dat bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, luidt voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

(...)

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

(...)”

Artikel 13 van de zorgverzekering (2010), dat bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, luidt voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken in de oogheeskundige zorg;

(...)

Door:

medisch specialist.

(...)

Diagnostiek in de oogheeskundige zorg mag ook worden verleend door een optometrist, als de gehanteerde diagnostische technieken behoren tot zijn deskundigheidsgebied.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

Ja.

(...)”

Artikel 13 van de zorgverzekering (2011), dat bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, luidt voor zover hier van belang:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken in de oogheeskundige zorg;

(...)

Door

Medisch specialist.

(...)

Diagnostiek in de oogheekkundige zorg mag ook worden verleend door een optometrist als de gehanteerde diagnostische technieken behoren tot zijn deskundigheidsgebied.

(...)

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op onze website of kunt u telefonisch opvragen.(...)"

- 8.4. De artikelen 14 van de zorgverzekering (2009), en 13 van de zorgverzekering (2010-2011) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2009-2011) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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, en artikel 11, lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. 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

Optometrische behandelingen

- 9.1. In 2009 biedt de zorgverzekering geen aanspraak op optometrische behandelingen in het kader van de medisch specialistische zorg of anderszins. Voor zover het verzoek ziet op vergoeding van de optometrische behandelingen ondergaan in 2009, kan dit derhalve niet worden ingewilligd.

- 9.2. De zorgverzekering 2010 en 2011 biedt daarentegen wel aanspraak op optometrische behandelingen in het kader van medisch specialistische zorg, voor zover het althans diagnostiek in de oogheelkundige zorg betreft. De gehanteerde diagnostiekt technieken dienen te behoren tot het deskundigheidsgebied van de optometrist.
- 9.3. Verzoeker heeft functionele optometrische binoculaire oogcontroles ondergaan en visuele trainingen gehad bij een zelfstandig werkende optometrist. Verzoeker beschikt over een verwijfsbrief van de huisarts.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Uit het CVZ-advies van 12 september 2012, waarbij de commissie zich aansluit, blijkt dat dit oordeel juist is, aangezien de onderhavige zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De ziektekostenverzekeraar is wél overgegaan tot twee coulancebetalingen. Hierover merkt de commissie op dat coulance een éénmalig en onverplicht karakter heeft. Het al dan niet overgaan tot een coulancebetaling behoort tot het eigen beleid van een verzekeraar, zodat de commissie hierin niet kan treden, tenzij sprake is van willekeur. Zulks is echter gesteld noch gebleken. De coulancebetalingen zijn verrekend met het eigen risico 2010 en 2011. Hierover merkt de commissie op dat het onjuist is coulancebetalingen te verrekenen met het verplicht eigen risico, aangezien een dergelijke verrekening enkel plaatsvindt indien sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Lopende de procedure bij de commissie is de ziektekostenverzekeraar evenwel alsnog overgegaan tot uitkering van de toegezegde bedragen (de vergoedingen verrekend met het verplicht eigen risico 2010 en 2011) aan verzoeker, zodat een en ander intussen is gecorrigeerd. Nu sprake is van coulancebetalingen – een beslissing waarin de commissie als gezegd niet kan treden –, en de ziektekostenverzekeraar de onjuiste verrekening met het verplicht eigen risico heeft hersteld, bestaat geen grond voor verdere vergoeding.
- 9.5. De commissie merkt nog op dat verzoeker in de loop van 2011 is gewezen op de voorwaarden die van toepassing zijn op de vergoeding van de onderhavige zorg. Zoals ook uit eerdergenoemd CVZ-advies blijkt, betreft het hier geen verzekerde prestatie zodat met ingang van het jaar 2012 (eveneens) geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding.
- 9.6. In zijn verzoek maakt verzoeker tevens aanspraak op schadevergoeding (bestaande uit vergoeding van onkosten en immateriële schadevergoeding) vanwege de schending van de bescherming van zijn persoonsgegevens, het welbewust niet naleven van de polisvoorwaarden door de ziektekostenverzekeraar, de onprofessionele en afwachtende houding van de ziektekostenverzekeraar, en de door hem gemaakte onkosten.
- 9.7. Wat betreft de gevorderde vergoeding van onkosten merkt de commissie het volgende op. Voorop staat dat, als al sprake is van een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar, volgens vaste jurisprudentie van de commissie slechts die kostenposten voor vergoeding in aanmerking komen waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt en waarvan bovendien de omvang van de kosten redelijk is (zie ook GcZ, 8 april 2009, 2008.02573). Kosten ter vergoeding van – kort samengevat – het tijdsbeslag dat gemoeid is met het opstellen van processtukken ten behoeve van de onderhavige procedure beschouwt de commissie niet als kostenposten in vo-

renstaande zin die voor vergoeding in aanmerking komen. Van schending van de bescherming van verzoekers persoonsgegevens of het welbewust door de ziektekostenverzekeraar niet naleven van de polisvoorwaarden is de commissie niet gebleken.

- 9.8. Gelet op het vorenstaande komt de gevorderde schadevergoeding niet voor toewijzing in aanmerking.
- 9.9. Voor vergoeding van immateriële schade is slechts in een zeer beperkt aantal gevallen plaats, waarbij richtinggevend is het bepaalde in artikel 6:106 lid 1, aanhef en onder a-c, BW. Van geen van de aldaar genoemde gevallen is in het onderhavige geval sprake. Reeds om deze reden kan deze vordering niet slagen.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter