

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500291

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 12 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 22 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 juli 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 8 oktober 2025 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie gewijzigd.
- 1.4. Partijen zijn op 15 oktober 2025 uitgenodigd voor de hoorzitting op 5 november 2025. In verband met een ziekenhuisopname van verzoeker is de hoorzitting verzet.
- 1.5. Verzoeker heeft bij brief van 19 oktober 2025 zijn verzoek aan de commissie aangevuld.
- 1.6. Bij brief van 12 november 2025 zijn partijen uitgenodigd voor de hoorzitting op 3 december 2025. In verband met een forse uitloop van de hoorzittingen, wilde verzoeker niet meer worden gehoord. De commissie heeft besloten partijen nogmaals uit te nodigen.
- 1.7. Partijen zijn bij brief van 10 december 2025 uitgenodigd voor de hoorzitting op 14 januari 2025.
- 1.8. Op 14 januari 2026 is verzoeker viermaal door de commissie gebeld. Verzoeker deelde mee dat hij geen behoefte had aan een gesprek met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is vervolgens door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Aanvullend (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

2.2. Bij brief van 17 januari 2025 heeft de huisarts over verzoeker verklaard:

“(...) Patiënt verwijst ik naar de Specialistische GGZ naar een BIG geregistreerde arts die tevens psychotherapeut of psycholoog is. Er is sprake van Asperger en verslaving aan benzodiazepines. Patiënt wenst gesprekken aan te gaan hierover en de medicatie af te bouwen onder begeleiding van een arts en therapeut. (...)”

2.3. Verzoeker heeft verschillende telefoongesprekken gevoerd met de afdeling Zorgadvies en Service van de ziektekostenverzekeraar om te informeren bij welke zorgaanbieder hij voor specialistische GGZ terecht kon. Hij heeft vervolgens een klacht ingediend, omdat hem geen overzicht van zorgaanbieders werd toegestuurd.

2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 februari 2025 gereageerd op de klacht van verzoeker en hem een overzicht van mogelijke zorgaanbieders gestuurd.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem een overzicht van zorgaanbieders moet verstrekken en ook te bepalen dat hij door de ziektekostenverzekeraar is misleid en onbeschoft is behandeld. Verzoeker heeft de commissie verder verzocht om maatregelen te treffen tegen medewerker A. van de ziektekostenverzekeraar.

3.2. Bij brief van 6 februari 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij op 17 januari 2025 met de afdeling Zorgadvies en Service van de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld. Hij heeft bij die gelegenheid gevraagd of hij een overzicht kon krijgen van arts-psychotherapeuten. Hem is toen meegedeeld dat hij eerst een verwijzing van zijn huisarts moest toesturen. Verzoeker heeft de verwijzing van de huisarts vervolgens opgestuurd naar de afdeling Zorgadvies en Service. Daarna heeft hij weer telefonisch contact gehad met deze afdeling. Hem werd meegedeeld dat hij geen overzicht van zorgaanbieders kreeg, omdat hij niet de juiste procedure had gevolgd. De juiste procedure zou hem nog schriftelijk worden meegedeeld. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend, alsmede twee klachten over medewerker A. van de klachtenafdeling. Er werd hem steeds hetzelfde gevraagd, hij stond elke keer erg lang in de wacht als hij zou worden doorverbonden, en dan werd ook nog de verbinding verbroken. Hij heeft medewerkers naar hun naam gevraagd, maar zij weigerden deze te geven.

3.3. Bij brief van 7 februari 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij diezelfde dag was gebeld door de ziektekostenverzekeraar. Er werd hem gevraagd wat er niet goed was aan het overzicht dat was opgestuurd. Verzoeker heeft hierop toegelicht dat hij op zoek is naar een arts-psychotherapeut of arts-psycholoog. De zorgaanbieders die in het overzicht staan zijn geen artsen. Hem werd in reactie daarop meegedeeld dat er geen overzicht kon worden verstrekt met arts-psychotherapeuten of arts-psychologen.

3.4. In zijn brief van 13 mei 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoeker verklaard dat hij een uitspraak van de commissie wenst over de misleiding, het onbeschofte gedrag en de weigering van de ziektekostenverzekeraar hem een overzicht van de juiste zorgaanbieders te verstrekken.

- 3.5. Bij brief van 23 september 2025 heeft verzoeker kopieën van medische afspraken overgelegd en benadrukt dat hij het erg druk heeft met medische onderzoeken.
- 3.6. Verzoeker heeft bij brief van 8 oktober 2025 de commissie verzocht te beslissen dat medewerker A. wordt ontslagen onderscheidenlijk dat er een gesprek met de directie komt waaruit disciplinaire maatregelen tegen deze medewerker volgen dan wel dat medewerker A. wordt overgeplaatst naar een lagere functie.
- 3.7. Bij brief van 19 oktober 2025 heeft verzoeker meegedeeld dat hij wil overstappen naar een andere huisarts. Daarvoor heeft hij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of deze voor hem een brief kan schrijven. Verzoeker is daartoe zelf niet goed in staat. Hij valt vaak en zijn geestelijke en lichamelijke gezondheid gaat snel achteruit. Verzoeker heeft een verklaring van zijn huisarts overgelegd waarin staat dat hij vanwege zijn fysieke toestand niet in staat is te reizen.
- 3.8. Bij aanvang van de hoorzitting is verzoeker tweemaal gebeld, waarbij de tweede keer door verzoeker werd opgenomen. Verzoeker deelde mee niet in gesprek te willen met de ziektekostenverzekeraar en vroeg de commissie hem na vijf minuten terug te bellen.
- 3.9. Na 5 minuten heeft de commissie nog tweemaal gebeld, maar de telefoon werd niet meer opgenomen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 februari 2025 opgemerkt dat hij het betreurt dat de dienstverlening niet naar wens is geweest. De betrokken medewerkers hebben meegedeeld dat zij vragen hebben gesteld om verzoeker zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn. Verzoeker heeft verklaard op die vragen geen antwoord te kunnen of willen geven, zodat bemiddeling naar zorg niet mogelijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom in zijn brief een algemeen overzicht met vijf zorgaanbieders in de regio van verzoeker opgenomen. Het is de bedoeling dat hij zelf contact opneemt met deze zorgaanbieders om te informeren of de voor hem passende zorg kan worden geboden.
- 4.2. Bij brief van 22 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een overzicht met telefoonnotities gestuurd. Hieruit blijkt volgens hem dat, in tegenstelling tot wat verzoeker heeft aangevoerd, wel degelijk medewerking is verleend. Er zijn verschillende vragen gesteld om hem te kunnen helpen, maar daarop heeft verzoeker niet of onvoldoende antwoord gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief een overzicht met drie zorgaanbieders opgenomen. Dit overzicht is niet zorginhoudelijk gesteund, bij gebrek aan medewerking van verzoeker. Hierdoor is niet te controleren of de betreffende zorgaanbieders ook passen bij zijn zorgvraag.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft willen helpen en om die reden een lijst met zorgaanbieders is verstuurd. Bij nader inzien had de eerste lijst specifiekere gekund. In het kader van deze procedure is nogmaals een lijst met drie zorgaanbieders verstuurd die volgens de ziektekostenverzekeraar aan het verzoek voldoen. Daarnaast gevraagd door de commissie merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker bij zijn verzoek om de lijst met zorgaanbieders wel heeft verzocht om zorgaanbieders die arts-psycholoog/psychotherapeut zijn. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit de interne notities niet blijkt dat verzoeker onheus is bejegend of misleid. Maatregelen tegen een medewerker zijn daarom ook niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar heeft verder meegedeeld dat er meer rekening had kunnen worden gehouden met het feit dat verzoeker moeite heeft met het vinden van de juiste zorgaanbieder.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de zorgplicht, de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025), en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-023) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Tussen partijen staat niet ter discussie dat specialistische GGZ een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen. Zijn huisarts heeft hem volgens de verwijzing van 17 januari 2025 verwezen naar een BIG-geregistreerde arts die tevens psychotherapeut of psycholoog is. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om een overzicht gevraagd van zorgaanbieders die aan deze kwalificaties voldoen.
De commissie overweegt dat in artikel 11 Zvw is bepaald dat een 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 overige diensten waaraan hij behoefte heeft onderscheidenlijk vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Gelet op deze bepaling, nader uitgewerkt in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025) van de NZa, en de artikelen 4 en 15.1 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-023), eveneens van de NZa, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar de vraag van verzoeker te beantwoorden en hem eventueel ook te bemiddelen naar zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband onweersproken gesteld dat aan verzoeker informatie is verzocht, noodzakelijk voor de beantwoording van zijn vraag respectievelijk het bemiddelen naar zorg, maar dat hij deze niet kon of wilde verstrekken. Om die reden is aan verzoeker bij twee gelegenheden een (algemeen) overzicht van zorgaanbieders in zijn regio gestuurd, waarbij de ziektekostenverzekeraar heeft aangetekend dat deze overzichten niet zorginhoudelijk zijn gesteund, bij ontbreken van de aan verzoeker gevraagde informatie. Ter zitting echter heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de eerste lijst met zorgaanbieder specifiek had gekund en dat hij bij een latere reactie alsnog een lijst met arts-psychologen/psychotherapeuten heeft gestuurd. De commissie maakt hieruit op dat verzoeker in eerste instantie een overzicht heeft gekregen dat niet paste bij zijn verzoek. De commissie heeft geen reden te twifelen aan de juistheid van het tweede overzicht. Nu het verzoek op dit onderdeel wordt toegewezen, ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te terug te betalen.
Door verzoeker is niet om bemiddeling verzocht. Van schending van de zorgplicht of strijd met voornoemde artikelen 4 en 15.1 kan onder deze omstandigheden niet worden gesproken.
- 6.3. Verder heeft verzoeker gesteld dat hij een uitspraak wenst van de commissie omdat hij is misleid en onbeschoft is behandeld door de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat uit de overgelegde telefoonnotities hiervan niet blijkt en dat door verzoeker ook geen bewijs van het tegendeel is geleverd. De commissie wijst dit onderdeel van het verzoek daarom af.

- 6.4. Verzoeker heeft bij brief van 8 oktober 2025 zijn verzoek aan de commissie uitgebreid. Bij die gelegenheid heeft hij verzocht om het ontslag van medewerker A onderscheidenlijk om een gesprek met de directie waaruit disciplinaire maatregelen tegen deze medewerker volgen, dan wel om medewerker A. in een lagere functie te plaatsen. De commissie overweegt dat zij – nog daargelaten of daartoe aanleiding bestaat - niet bevoegd is zodanige maatregelen tegen een medewerker van de ziektekostenverzekeraar te treffen.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (ii) en wijst het meer of anders gevorderde af.

Zeist, 11 februari 2026,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

Artikel 4. Bruikbaarheid van informatie

- 4.1 Informatie voor consumenten moet bruikbaar zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren.
- 4.2.1 De in 4, eerste lid, bedoelde informatie is bruikbaar als die voldoet aan de volgende eisen:
 - a. de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
 - b. de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
 - c. de informatie is juist, niet-misleidend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.
- 4.3 Leden 1 en 2 zijn van toepassing op alle hiernavolgende verplichtingen in deze regeling.

Artikel 15. Beantwoording vragen

- 15.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten op zodanige wijze dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft.
- 15.2 De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord.

Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw

5. Algemene verplichtingen

- 5.1 De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft en die naar inhoud en omvang in overeenstemming zijn met de wettelijke zorgaanspraken, (laten) leveren en/of vergoeden.
- 5.2 De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft. Toetsing vooraf mag niet tot een onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling.
- 5.3 De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die (gecontracteerde) zorgaanbieders leveren en in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg waarnaar bemiddeld wordt. Een rechtmatige uitvoering van de zorgplicht behelst onder meer dat een zorgverzekeraar handelt naar het in dit lid bedoelde verkregen inzicht, en waar nodig consequenties daaraan verbindt.

6. Verplichtingen bij naturapolis

- 6.1 De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.
- 6.2 Als een zorgverzekeraar ondanks maximale inspanning zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.