

## Uitspraak Geschilleninstantie Zorggeshil

### Geschilnummer: G25.08

#### Partijen:

De heer **A**, hierna te noemen 'Klager',

tegen

**B**, handelend onder de naam **C**, ingeschreven in het Handelsregister, voor wie als gemachtigde optreedt de heer **D** (Advocaat), hierna te noemen 'Zorgaanbieder' of 'Aangeklaagde'.

#### 1. Behandeling van het geschil

Aangeklaagde is als Zorgaanbieder aangesloten bij Geschilleninstantie Zorggeshil. Op de behandeling van het geschil is het Reglement Geschilleninstantie Zorggeshil van toepassing.

Namens de Geschilleninstantie hebben aan de behandeling van het geschil deelgenomen:

- (...)

De leden van de Geschilleninstantie die aan de behandeling hebben deelgenomen worden hierna ook wel aangeduid met 'de Commissie'. De Commissie is bijgestaan door de ambtelijk secretaris.

De Commissie heeft kennisgenomen van de door partijen overgelegde stukken.

Zorgaanbieder heeft verzocht om een hoorzitting die heeft plaatsgevonden op 15 oktober 2025 middels een video verbinding.

- Klager is in persoon verschenen en werd vergezeld door de heer **E**.
- Zorgaanbieder is vertegenwoordigd door **D**, en werd vergezeld door mevrouw **F**, medewerkster van **C**.

#### Verloop van de procedure

7 mei 2025	ontvangst klacht in Engels;
11 mei 2025	Klager gewezen op regel dat klachten behandeld worden in de Nederlandse taal;
12 mei 2025	ontvangst klacht in Nederlands;
15 mei 2025	ontvangstbevestiging aan Klager verstuurd;
13 juni 2025	ontvangst van door Klager ondertekende machtigingen en klachtengeld. Formele start behandeling geschil;
17 juni 2025	stukken aan Zorgaanbieder gezonden;
16 juli 2025	reactie Zorgaanbieder op klacht;

7 augustus 2025	Commissie besluit tot het houden van een tweede schriftelijke ronde van repliek en dupliek;
20 augustus 2025	ontvangst repliek;
3 september 2025	ontvangst dupliek;
15 oktober 2025	hoorzitting op verzoek van Zorgaanbieder; tijdens de hoorzitting geven partijen aan bereid te zijn met elkaar in gesprek te gaan om te komen tot een minnelijke oplossing van de klacht. De Commissie schort de behandeling van het geschil twee weken op;
27 oktober 2025	partijen geven aan niet tot overeenstemming te zijn gekomen;
19 december 2025	uitspraak Commissie aan partijen verzonden.

## **2. Aanleiding**

Klager is sinds juli 2024 onder behandeling bij Zorgaanbieder en heeft een aantal problemen ondervonden die naar zijn mening wijzen op grove nalatigheid. Deze problemen hebben betrekking op 1) problemen met de facturering, 2) problemen met de kwaliteit van de zorg en 3) problemen met de klachtenafhandeling. Ter zake heeft Klager een klacht ingediend bij Zorgaanbieder. Met de uitkomst van de interne klachtenprocedure bij Zorgaanbieder was Klager het niet eens, waarna hij de klacht heeft voorgelegd aan Geschilleninstantie Zorggeschil.

## **3. Standpunt Klager**

Voor het volledige standpunt van Klager verwijst de Commissie naar de overgelegde stukken. Onderstaand zijn de standpunten verkort weergegeven, voor zover volgens de Commissie relevant voor de beoordeling van het geschil.

### **Klachtonderdeel 1a. declaratieproces**

Bij zijn intake bij Zorgaanbieder werd Klager verteld een bepaalde procedure te volgen en kreeg Klager infographics die de procedure toelichtten. Voor alle facturen heeft hij de procedure gevolgd. De website van Infomedics staat de patiënt alleen toe om het volledige factuurbedrag, in plaats van het te vergoeden bedrag, via iDeal te betalen. Klager heeft Zorgaanbieder meerdere keren gemaïld met het verzoek de bedragen aan te passen aan het te vergoeden bedrag, zodat hij het juiste bedrag kon betalen, maar op deze e-mails is nooit gereageerd. Hoewel Zorgaanbieder hem schriftelijk had laten weten dat hij alleen hoefde te betalen wat zijn verzekeraar vergoedde, hebben Zorgaanbieder en haar betalingsafhandelaar Infomedics de facturen niet aangepast.

### **Klachtonderdeel 1b. facturen**

Zorgaanbieder heeft Klager herhaaldelijk gefactureerd voor diensten die nooit zijn geleverd of die de bestede tijd en het gefactureerde bedrag schromelijk overdrijven. Zo werd een consult van twee personen van ongeveer 20 minuten gefactureerd voor 90 minuten. Een consult dat door omstandigheden slechts 15 minuten duurde werd voor 60 minuten gefactureerd. Een afgezegd consult werd toch gefactureerd. Vervolgafspraken van 15 of 20 minuten worden voor 45 of 60 minuten gedeclareerd.

## **Klachtonderdeel 2. Zorgverlening**

Klager heeft een aantal problemen ervaren met betrekking tot de kwaliteit van de zorg, met name met betrekking tot twee behandelaars. Zo kwam een therapeut regelmatig te laat, was onvoorbereid op de sessie of afgeleid. Een therapeut schreef medicatie voor maar vergat het recept naar de apotheek te sturen. Wijziging in medicatie voorschriften werden niet aan de huisarts doorgegeven. De belofte om de huisarts te informeren over de sessies en de medicatievoorschriften, werd niet ingelost.

## **Klachtonderdeel 3. Klachtenafhandeling**

De administratieve zorgen en specifieke kwesties zijn talrijk en worden gedetailleerd beschreven in de overgeleverde stukken. Samenvattend: sinds Klager met de behandeling bij Zorgaanbieder is begonnen, heeft hij hun geschillen-/klachtenprocedures gevolgd en diverse reacties ontvangen, evenals verschillende gevallen waarin zijn vragen werden genegeerd of niet werden beantwoord. Klager heeft een aantal e-mails ontvangen waarin de problemen werden erkend en beloofd werden ze aan te pakken, maar zelden met daadwerkelijke actie. Zo werd hem beloofd dat zijn eerste klacht ter onderzoek aan een advocaat zou worden overgedragen en dat hij van deze onderzoeker een vervolg zou ontvangen, maar er gebeurde niets. Er werd hem ook beloofd dat de factureringsproblemen snel zouden worden afgehandeld; bijna zeven maanden nadat Zorgaanbieder fouten in de facturering erkende, wordt Klager nu door deurwaarders voor de rechter gedaagd vanwege deze onjuiste bedragen.

## **Schadevergoeding**

In de schriftelijke reactie van Klager op het verweer (bij repliek) maakt Klager aanspraak op schadevergoeding, alsmede om verzoek van Zorgaanbieder om vergoeding van juridische kosten af te wijzen.

## **Door Zorgaanbieder gevorderde proceskosten**

Klager verzoekt bij repliek om deze vordering af te wijzen.

## **4. Standpunt Zorgaanbieder**

Voor het volledige standpunt van Aangeklaagde verwijst de Commissie naar de overgelegde stukken. Onderstaand zijn de standpunten verkort weergegeven, voor zover volgens de Commissie relevant voor de beoordeling van het geschil.

### **Algemeen**

Zorgaanbieder merkt op dat door haar na het vernemen van de klachten voorstellen zijn gedaan om de problemen op te lossen. In financiële zin zouden daarmee alle klachten zijn opgelost, maar Klager wilde de voorstellen niet accepteren.

### **Klachtonderdeel 1a. declaratieproces**

Voorafgaand aan de intake heeft Klager een bericht ontvangen. Hierin wordt verwezen naar van toepassing zijnde algemene voorwaarden en informatie op de website met uitleg over het declaratieproces, waaronder een Infographic. Ook is een brochure meegestuurd over de zogenoemde coulanceregeling. Hoe dit werkt staat tevens beschreven in de algemene voorwaarden, met daarbij een voorbeeld. In het bericht wordt aangegeven dat Zorgaanbieder haar facturen stuurt via InfoMedics, waarbij een link is toegevoegd voor meer informatie.

Zorgaanbieder heeft aangegeven dat zij geen gecontracteerde zorgaanbieder is. Facturen van Infomedics/Zorgaanbieder behoren te worden ingediend bij de zorgverzekeraar. Vervolgens verstrekt de zorgverzekeraar een declaratieoverzicht aan de verzekerde. Daaruit blijkt wat wel en wat niet wordt vergoed. Het bedrag dat wordt vergoed, vermeerderd met een eventueel openstaand eigen risico, dient de verzekerde aan Zorgaanbieder te voldoen. Het restant, dat niet wordt vergoed, valt onder de coulancregeling. Zorgaanbieder en Klager zijn immers een coulancregeling overeengekomen in artikel 11 van de algemene voorwaarden. De behandelingen zijn dankzij de coulancregeling gratis c.q. worden volledig vergoed.

Klager heeft verrichtingen (facturen) 1 t/m 7 gedeclareerd bij de Zorgverzekeraar. Deze heeft twee declaratieoverzichten aan klager verstrekt, die Klager heeft doorgestuurd aan Zorgaanbieder. Daaruit is op te maken dat Klager van de Zorgverzekeraar de vergoeding heeft ontvangen. De facturen van Infomedics voor deze verrichtingen heeft Klager echter niet aan Infomedics betaald.

Ter zake verrichtingen (facturen) 1 en 2 is Infomedics een incassoprocedure gestart. Zorgaanbieder heeft Infomedics op enig moment verzocht om de procedure te beëindigen. Zorgaanbieder heeft aan Infomedics de hoofdsom en kosten betaald en heeft Klager vervolgens zelf facturen gestuurd voor deze verrichtingen.

Klager heeft de facturen van Infomedics ter zake verrichtingen 8 t/m 11 niet betaald en ook niet gedeclareerd bij de Zorgverzekeraar. Zorgaanbieder heeft deze vorderingen aan haar laten cederen en heeft Klager nieuwe facturen op eigen naam gestuurd.

#### **Klachtonderdeel 1b. facturen**

Klager noemt enkele concrete gevallen waarin meer gedeclareerd zou zijn dan terecht is. Zorgaanbieder geeft aan dat een van deze door Klager genoemde verrichtingen zijn gecrediteerd en dat voor een andere een oplossing is gevonden. Voorbeelden hiervan:

- Op 20 augustus 2024 was een consult gepland om 16:00 uur, maar begon pas om 16:35 uur, omdat de behandelaar (G) te laat is verschenen. Het consult eindigde om 16:50 uur, maar was voor 60 minuten in rekening gebracht. Dit consult/deze verrichting is geheel gecrediteerd.
- Voornoemd consult is verplaatst naar 22 augustus 2024, maar is uiteindelijk niet doorgegaan. Zorgaanbieder heeft de behandelaar hierop aangesproken en de factuur is gecrediteerd.

Voorts geeft Zorgaanbieder aan dat door haar wordt gedeclareerd volgens de spelregel planning=realisatie. Deze spelregel komt erop neer dat Zorgaanbieder de geplande tijd voor een consult kan declareren ook als de daadwerkelijk tijd afwijkt. Is de afwijking ten opzichte van de geplande tijd meer dan 15 minuten dan wordt de werkelijke tijd in rekening gebracht. Klager heeft niet aangetoond dat in de door hem genoemde gevallen de afwijking meer dan 15 minuten was. Zorgaanbieder is van oordeel dat de gedeclareerde tijd zoals vermeld op de oorspronkelijke facturen van Infomedics correct zijn.

Niettemin heeft Zorgaanbieder uit coulancregeling een voortel gedaan dat vervolgens ook gestand is gedaan, te weten:

- voor de meest recente verrichtingen uiteindelijk niet 10 minuten, maar 5 minuten in rekening gebracht.

- een aanvullende korting van € 550,82 aangeboden ten aanzien van de verrichtingen waarvoor Klager reeds een vergoeding heeft gekregen. (Zorgaanbieder nam in het kader van een minnelijke regeling genoegen met betaling van € 1.000,-- voor genoemde verrichtingen.).

### **Klachtonderdeel 2. Zorgverlening**

Zorgaanbieder geeft aan dat één van de genoemde therapeuten is vervangen en dat Klager geen klachten heeft over die vervanger. Voorts geeft Zorgaanbieder aan dat door genoemde therapeut een overdrachtsdocument aan Klager is verstrekt en dat hij dit overzicht aan zijn huisarts kan geven.

### **Klachtonderdeel 3. Klachtenafhandeling**

Naar aanleiding van de klachten heeft Zorgaanbieder haar klachtenprocedure aangepast en verbeterd. Zo is er een kwaliteitsfunctionaris aangewezen. Voorts heeft Zorgaanbieder het debiteurenbeheer in eigen hand genomen om, in geval van niet betalen van nota's, snel met betrokken debiteuren afspraken te kunnen maken.

### **Tegenverzoek**

Zorgaanbieder verzoekt om Klager te veroordelen in de proceskosten van de onderhavige procedure. Zij motiveert dit als volgt:

Op grond van artikel 13 van het reglement van Stichting Geschillencommissie volgt dat een klager kan worden veroordeeld in de kosten van dit geding, tot maximaal € 500,--. Zorgaanbieder is van oordeel dat Klager in de kosten van Zorgaanbieder veroordeeld kan worden. Daartoe geldt – mede gelet op de toelichting bij artikel 13 – dat de proceskostenveroordeling een sanctie is, die samenhangt met de proceshouding van klager. Zorgaanbieder is van mening dat Klager spijkers op laag water zoekt. Hij is een klachtprocedure gestart, terwijl Zorgaanbieder herhaaldelijk heeft uitgelegd dat de verleende zorg verzekerde zorg is, en dat Klager daar een vergoeding voor krijgt.

Zorgaanbieder heeft de verrichtingen van 1 augustus 2024, 20 augustus 2024 en 22 augustus 2024 volledig gecrediteerd en de verrichtingen van 5 december 2024, 20 februari 2025 en 20 maart 2025 gematigd naar vijf minuten zonder dat Zorgaanbieder daartoe verplicht was.

Zorgaanbieder heeft als uiterste handreiking meerdere kortingen aangeboden. Zo heeft zij tot tweemaal, op 19 juni 2025 en 8 juli 2025, een korting gegeven van maar liefst € 550,82 op de verrichtingen waarvoor Klager reeds een vergoeding heeft gekregen van zijn zorgverzekeraar.

Niettemin en tegen beter weten in heeft A de handreikingen van Zorgaanbieder resoluut afgewezen en deze klachtenprocedure doorgezet. Daardoor is Zorgaanbieder met hoge kosten opgezadeld. Zij moet niet alleen de kosten van de Commissie dragen maar ook de kosten van juridische bijstand.

## **Verzoek om schadevergoeding**

Zorgaanbieder gaat hier op in bij dupliek. Zorgaanbieder betwist dat zij schadeveroorzakend heeft gehandeld. Klager heeft zijn verzoek niet onderbouwd. Zorgaanbieder heeft als blijk van goede wil uit coulance een korting aangeboden van € 550,82. Zij is bereid om dit voorstel gestand te doen en het bedrag aan Klager te restitueren (verrekenen met een proceskostenveroordeling).

## **5. Beoordeling van het geschil**

Het is de taak van de Commissie om bij wijze van bindend advies een uitspraak te doen over de klacht die aan haar is voorgelegd. Zij doet uitspraak over haar bevoegdheid, de ontvankelijkheid en/of het (gedeeltelijk) (on)gegrond verklaren van een klacht.

### **5.1 Bevoegdheid en ontvankelijkheid**

De Commissie beoordeelt in de eerste plaats of zij bevoegd is om de klacht te beoordelen en of de klacht ontvankelijk is.

Aangeklaagde is aangesloten bij Geschilleninstantie Zorggeschil. Op grond van art. 19 Wkkgz heeft de Geschilleninstantie tot taak om geschillen over gedragingen van een Zorgaanbieder jegens een cliënt in het kader van de zorgverlening te beslechten. De klacht van Klager heeft betrekking op de zorgverlening en valt daarmee onder de bevoegdheid van de Geschilleninstantie. Voor ontvankelijkheid van de klacht is in beginsel een vereiste dat Klager de klacht heeft ingediend bij de Zorgaanbieder conform diens interne klachtenregeling. Dit is door Klager gedaan en Aangeklaagde heeft haar schriftelijk oordeel gegeven over de klacht.

De Commissie stelt vast dat zij bevoegd is en dat de klacht ontvankelijk is.

### **5.2 Beoordeling - algemeen**

De Commissie heeft kennis genomen van de door partijen ingenomen standpunten en de door haar overgelegde stukken. Daar waar de standpunten van partijen elkaar tegenspreken heeft de Commissie deze vergeleken met de stukken die door partijen zijn ingebracht en zijn opgenomen in het procesdossier.

Volgens Nederlands recht moet degene die een stelling inneemt, in het geval deze stelling gemotiveerd wordt betwist, de juistheid daarvan aantonen. Als Klager (respectievelijk Aangeklaagde) iets stelt, dat door Aangeklaagde (respectievelijk Klager) gemotiveerd wordt betwist, dan is het aan Klager (respectievelijk Aangeklaagde) te bewijzen of in hoge mate aannemelijk te maken dat deze stelling juist is. Kan dat niet worden aangetoond of blijkt dat niet uit de stukken, dan kan en mag de Commissie niet uitgaan van de juistheid van de stelling.

### **5.3 Beoordeling - inhoudelijk**

#### **Ten aanzien van Klachtonderdeel 1a. Declaratieproces**

De Commissie is van mening dat Zorgaanbieder voorafgaand aan de totstandkoming van de overeenkomst van zorgverlening duidelijke informatie heeft verstrekt over het declaratieproces, inclusief de coulanceregeling. Dit proces is ook beschreven in de algemene voorwaarden en maakt daarmee deel uit van de overeenkomst.

Probleem kan zijn dat Klager de Nederlandse taak niet machtig is en dit daardoor niet goed heeft begrepen. Er hebben echter ook gesprekken plaatsgevonden en er zijn e-mails uitgewisseld waarin dit ook in de Engelse taal is uitgelegd.

Klager stelt in zijn klacht de procedure te hebben gevolgd. Hij kreeg echter facturen voor het volledige factuurbedrag en dat wilde hij niet betalen. Klager heeft Zorgaanbieder meerdere keren gemaïld met het verzoek de bedragen aan te passen aan het te vergoeden bedrag.

De Commissie is van mening dat Klager daarmee niet de overeengekomen procedure heeft gevolgd. De procedure hield kort samengevat in dat Klager voor behandelingen facturen ontvangt (van Infomedics). Deze stuurt hij door naar zijn Zorgverzekeraar. Na ontvangst van de vergoeding door de zorgverzekeraar dient Klager de volledige factuurbedragen te betalen (aan Infomedics). Nadat hij Zorgaanbieder had voorzien van het declaratieoverzicht van de zorgverzekeraar ontvangt Klager van Zorgaanbieder het niet door de Zorgverzekeraar vergoede bedrag minus de eigen bijdrage retour.

Het kan evenwel voorkomen dat een Klager dit systeem, ondanks alle uitleg, niet goed heeft begrepen. Naar de mening van de Commissie is dat dan niet aan Zorgaanbieder te verwijten.

Het is zeer vervelend voor Klager dat hij vervolgens door Infomedics voor de rechter wordt gedaagd. Dat is juridisch gezien niet aan Zorgaanbieder te verwijten omdat hij zijn vorderingen terzake de behandelingen aan Infomedics had gecedeerd, deze gerechtigd was te factureren en ook gerechtigd was om de facturen te innen.

Zorgaanbieder heeft ingezien dat dit vervelend was voor Klager en heeft Infomedics de procedure laten stoppen zonder dat dit verder voor Klager tot extra kosten heeft geleid. Ter hoorzitting is door Zorgaanbieder nog aangegeven dat zij deze rechtsgang betreurt en dat de procedure inmiddels ook is gewijzigd. Dit laatste acht de Commissie een verstandige en logische stap. Het is altijd goed om processen tegen het licht te houden en te bezien hoe deze verbeterd kunnen worden. Dit maakt echter niet dat de oorspronkelijke procedure niet zorgvuldig zou zijn.

De Commissie is van mening dat Zorgaanbieder ten aanzien van de procedure niet onzorgvuldig heeft gehandeld.

Oordeel:

- De Commissie acht klachtonderdeel 1a ongegrond.

### **Klachtonderdeel 1b. facturen**

Klager heeft bezwaren kenbaar gemaakt aan Zorgaanbieder terzake enkele facturen. Daar waar deze bezwaren door Zorgaanbieder zijn erkend, heeft dit geleid tot aanpassingen c.q. creditfacturen.

Dat reeds voorafgaand aan het indienen van de klacht bij de Geschilleninstantie de factureren waren gecorrigeerd, maakt niet dat daarmee de grond van de klacht komt te vervallen. De Zorgaanbieder maakt hier een denkfout. De opzet van de klachtenregeling van de Wkkgz is dat een klager eerst de klacht voorlegt aan de Zorgaanbieder, die daar binnen 6 weken onderzoek

naar moet doen en daar schriftelijk op moet reageren. Is een klager het met de reactie niet eens dan kan hij de klacht voorleggen aan de Geschilleninstantie.

De klacht is dat er aanvankelijk onjuiste facturen waren en dat is de klacht die door de commissie wordt beoordeeld. De Zorgaanbieder heeft enkele bezwaren tegen facturen erkend, zodat de Commissie vaststelt dat er sprake is geweest van (enkele) onjuiste facturen.

Oordeel:

- De Commissie acht klachtonderdeel 1b gegrond

Ten aanzien van het vervolg, de handelwijze van Zorgaanbieder nadat Klager zijn bezwaren tegen de facturen had geuit, merkt de Commissie het volgende op. Naar de mening van de Commissie zijn van de zijde van de Zorgaanbieder door de crediteringen en/of kortingen de facturen uiteindelijk correct afgehandeld, in die zin dat uiteindelijk niet teveel is gefactureerd. Mogelijk is door de Zorgaanbieder uit coulance zelfs meer gecrediteerd dan had moeten.

De Commissie is dan ook van mening dat Klager ter zake de facturen niets meer heeft te vorderen heeft van de Zorgaanbieder.

Tijdens de hoorzitting heeft de voorzitter partijen weten te bewegen om in overleg te gaan over een minnelijke regeling, waarbij de voorzitter een oplossingsrichting heeft voorgesteld. Het overleg heeft niet geleid tot een regeling, reden waarom door de Commissie inhoudelijk uitspraak wordt gedaan. Voorstellen die zijn gedaan in het kader van overleg over een minnelijke regeling zijn komen te vervallen.

De Commissie merkt op dat door de Zorgaanbieder bij dupliek is gesteld dat zij als blijk van goede wil een korting had aangeboden van € 550,82 en bereid om het door haar gedane voorstel gestand te doen, en het bedrag van € 550,82 aan Klager te restitueren. De Commissie heeft niet kunnen vaststellen of het voorstel door Klager is geaccepteerd of dat de Zorgaanbieder dit voorstel uit eigen beweging gestand heeft gedaan, maar ook niet dat dit voorstel door Zorgaanbieder is ingetrokken.

De Commissie veroordeelt Zorgaanbieder om dit voorstel alsnog gestand te doen, indien dit nog niet heeft plaatsgevonden.

### **Ten aanzien van Klachtonderdeel 2.      Zorgverlening**

De stellingen van Klager ten aanzien van dit klachtonderdeel zijn door Zorgaanbieder gemotiveerd betwist. Daar is door Klager verder niet meer op gereageerd.

Volgens Nederlands recht moet degene die een stelling inneemt, in het geval deze stelling gemotiveerd wordt betwist, de juistheid daarvan aantonen. Klager heeft zijn stellingen niet aangetoond of in voldoende mate aannemelijk gemaakt, zodat de Commissie van de juistheid van die stellingen niet uit kan en mag gaan.

Door Zorgaanbieder was gesteld dat de behandelaar H een overdracht document medicatie ten behoeve van de huisarts ter hand had gesteld. Ter hoorzitting heeft Klager aangegeven dat H dat

document niet aan hem had overhandigd. Ter hoorzitting is afgesproken dat Zorgaanbieder dit document zou opvragen bij H en zou zorgen dat klager dit document alsnog ontvangt. Dat Klager dit document niet eerder had ontvangen was de Zorgaanbieder niet bekend. De Commissie is van mening dat de Zorgaanbieder in dit opzicht niet onzorgvuldig heeft gehandeld jegens Klager.

Oordeel:

- De Commissie acht klachtonderdeel 2 ongegrond

### **Ten aanzien van Klachtonderdeel 3            Klachtenafhandeling**

De Zorgaanbieder stelt dat dit klachtonderdeel ongegrond zou moeten worden verklaard omdat, nu de klachten zijn opgelost, Klager hier thans geen belang meer bij heeft.

Deze redenatie is niet juist, zoals ook reeds aangegeven bij de beoordeling van klachtonderdeel 2. Het gaat erom of Zorgaanbieder bij de behandeling van de klachten die in het kader van de interne klachtenprocedure bij haar zijn ingediend, zorgvuldig heeft gehandeld, alsmede of het terecht klachten waren.

Door Zorgaanbieder wordt bij dupliek aangegeven dat zij de klacht uiterst serieus heeft genomen. Dat Klager heeft ervaren dat zijn klacht niet voortvarend en/of niet adequaat genoeg is opgepakt, heeft er in elk geval toe geleid dat Zorgaanbieder heeft besloten om de volgende verbeteracties door te voeren:

- Vereenvoudiging van haar interne klachtenprocedure;
- Benoeming van een kwaliteitsfunctionaris;
- Het klachtenreglement zal worden aangepast. In dat kader zal de interne klachtenprocedure verlopen via een interne klachtenfunctionaris.

De interne klachtenprocedure

Art. 17 lid 1 Wkkgz

- 1. De klager ontvangt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken na indiening van de klacht, een schriftelijke mededeling van de zorgaanbieder waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de zorgaanbieder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd.*

Bij email van 10 september 2024 heeft Klager een klacht ingediend over facturen. Het schriftelijk oordeel over deze klacht is de Commissie niet bekend. Zo er al een oordeel is gevolgd dan was dit eerst medio 2025 en derhalve niet binnen de in de wet voorgeschreven termijn van 6 weken.

Deze termijn ziet niet op het afhandelen of oplossen van de klachten, maar enkel op het onderzoek naar de klachten en een schriftelijk oordeel hierover.

Vervolgens hebben in een lange periode verschillende correcties van facturen plaatsgevonden en zijn creditfacturen verstuurd. Enkele daarvan hebben onverplicht plaatsgevonden, zoals besproken bij de beoordeling van klachtonderdeel 1b. Dat dit veel tijd in beslag heeft genomen is naar de mening van de Commissie heeft de Zorgaanbieder in dat opzicht niet onzorgvuldig gehandeld jegens Klager.

Naar de mening van de Commissie heeft de Zorgaanbieder in dat opzicht niet onzorgvuldig gehandeld jegens Klager.

Blijft staan dat een schriftelijk oordeel binnen 6 weken ontbreekt waarmee de Zorgaanbieder niet heeft voldaan aan art. 7 lid 1 Wkkgz.

Oordeel:

- De Commissie acht klachtonderdeel 3 gedeeltelijk gegrond.

### **Verzoek om schadevergoeding**

Voor toekenning van een schadevergoeding dient te worden voldaan aan 3 voorwaarden:

1. De Zorgaanbieder heeft onrechtmatig gehandeld jegens de client en dit handelen moet aan de zorgaanbieder zijn toe te rekenen..
2. De Cliënt heeft aantoonbaar schade geleden;
3. Er is een causaal verband tussen de schade en het onrechtmatig handelen.

Klager zal moeten onderbouwen/aantonen dat aan deze 3 voorwaarden is voldaan.

Als sprake is geweest van onrechtmatig handelen, dan zou dit allen betrekking kunnen hebben op Klachtonderdelen 1b (facturen) en klachtonderdeel 3 (klachtenafhandeling) omdat de overige klachtonderdelen ongegrond zijn verklaard. Zoals aangegeven bij de beoordeling klachtonderdeel 1b is de Zorgaanbieder Klager ter zake de facturen voldoende tegemoetgekomen. Los daarvan is het verzoek om schadevergoeding door Klager niet onderbouwd, zodat de Commissie alleen reeds daarom het verzoek moet afwijzen.

Oordeel:

- De Commissie wijst het verzoek om schadevergoeding af.

De Commissie heeft Zorgaanbieder opgedragen om haar voorstel alsnog gestand te doen en het bedrag van € 550,82 aan Klager te restitueren, voor zover dat nog niet is gedaan. Ter zake verwijst de Commissie naar hetgeen zij hierover heeft opgemerkt bij de beoordeling van klachtonderdeel 1b. Dit kan worden gezien als een compensatie voor het ongemak van de rechtszaak die door Infomedics tegen hem was aangespannen, ofschoon dit door de Commissie niet wordt aangemerkt als onzorgvuldig handelen van de Zorgaanbieder.

### **Tegenverzoek: veroordeling klager in proceskosten**

De onderbouwing van het verzoek komt er kort samengevat op neer dat Klager geen belang zou hebben bij haar klacht omdat de behandelingen door de zorgverzekeraar worden vergoed en alles verder zou zijn afgehandeld.

Zoals eerder aangegeven is deze redenering niet juist. Het gaat om een beoordeling van de oorspronkelijk door klager bij de zorgaanbieder ingediende de klachten. Dat deze inmiddels zijn opgelost doet daar niets aan af. Klager is op grond van de wet gerechtigd om daar een oordeel van de commissie over te vragen. Er is niet snel sprake van "geen of onvoldoende belang" aan de zijde van klager.

Overigens blijkt het belang reeds uit het petitum van deze uitspraak, waarin een klachtonderdeel gegrond en een klachtonderdeel gedeeltelijk gegrond is verklaard.

Oordeel:

- De Commissie wijst de tegenvordering af.

## **7. Beslissing**

De Commissie acht de klachtonderdelen 1b gegrond, klachtonderdeel 3 gedeeltelijk gegrond en klachtonderdeel 1a en 2 ongegrond.

De Commissie wijst het verzoek om een schadevergoeding af.

De Commissie draagt Zorgaanbieder op om het door haar gedane voorstel gestand te doen, voor zover dat nog niet is gedaan.

De Commissie wijst het verzoek om Klager te veroordelen in de proceskosten af.

Omdat de klacht gedeeltelijk gegrond is verklaard, dient Aangeklaagde, overeenkomstig artikel 13 lid 5 van het Reglement Geschilleninstantie Zorggeschil, het door Klager aan de Geschilleninstantie betaalde klachtengeld te vergoeden. De Commissie veroordeelt Aangeklaagde tevens tot vergoeding van het door Klager betaalde klachtengeld ad € 50,- aan Klager.

Betaling het klachtengeld aan Klager dient plaats te vinden binnen 7 dagen nadat Zorgaanbieder in kennis is gesteld van de wijze waarop betaling dient plaats te vinden.

Deze uitspraak heeft de kracht van een bindend advies.

Geschilleninstantie Zorggeschil  
19 december 2025

de voorzitter  
mr W. Morselt