



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U. te Leiden

Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, kaakchirurgie, hoogte gedeclareerd tarief, schadevergoeding

Zaaknummer : 201800868

Zittingsdatum : 23 januari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.7, 2.17 en 2.18 Bzv, Regeling informatieverstrekking)

1. Partijen

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

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U. te Leiden, 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 ZorgZekerPolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering AV-Top is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 31 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 449,96 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 in verband met een behandeling in het ziekenhuis.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing 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 10 augustus 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 van € 449,96 te verlagen (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 22 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 november 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 december 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Hij heeft hierbij een schriftelijke reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 november 2018. Een afschrift hiervan is op 12 december 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. 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.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 januari 2019 in persoon gehoord. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar intern zal overleggen of de in rekening gebrachte incassokosten kunnen worden kwijtgescholden en dat de commissie binnen ongeveer één week geïnformeerd. Voorts is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker een toestemmingsverklaring stuurt. Verzoeker zal deze getekend retourneren, zodat de tandheeskundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar informatie kan opvragen bij het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar zal de commissie te zijner tijd informeren over de uitkomst hiervan.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 januari 2019 telefonisch aan de commissie doorgegeven dat de incassokosten zijn afgeboekt. Bij brief van 2 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de opgevraagde informatie en de beoordeling hiervan door zijn tandheeskundig adviseur. Afschriften hiervan zijn aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop bij brief van 10 april 2019 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 16 april 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in 2017 door zijn tandarts verwezen naar de kaakchirurg voor het verwijderen van twee verstandskiezen, omdat de tandarts dit niet zelf wilde doen. Ondanks dat verzoeker de röntgenfoto van de tandarts had meegenomen naar de kaakchirurg, wilde deze een nieuwe röntgenfoto maken. Achteraf is verzoeker geconfronteerd met hoge kosten, te weten € 449,96, in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017. Verzoeker vindt het door het ziekenhuis gedeclareerde bedrag niet in verhouding staan tot de geleverde zorg. Hij is bereid hiervoor € 150,- te betalen, en zelfs dat vindt hij eigenlijk teveel. Het ziekenhuis rekent € 33,21 voor een röntgenfoto, terwijl hij de door de tandarts gemaakte röntgenfoto bij zich had. Hier is dus sprake van het genereren van extra omzet en de klant bewust en onnodig met extra kosten opzadelen. Verder is € 64,57 in rekening gebracht voor het 'beoordelen röntgenonderzoek', terwijl dit slechts drie minuten heeft geduurd. En er is tweemaal € 176,09 berekend voor een 'operatieve verwijdering'. Er heeft echter geen operatie plaatsgevonden. Er zijn alleen twee kiezen getrokken. Volgens verzoeker was sprake van simpele extracties. Als verzoeker had geweten dat zulke hoge kosten in rekening zouden worden gebracht, was hij hiermee niet akkoord gegaan. Dan had hij het zelf wel opgelost. Daarom is sprake van dwaling.
- 4.2. De tarieven voor extractie gelden per kaakhelft. Het valt volgens verzoeker niet uit te leggen dat voor het trekken van tien elementen uit de bovenkaak eenmaal € 176,09 wordt gerekend en voor het trekken van één kies uit de bovenkaak en één kies uit de onderkaak tweemaal

€ 176,09. Het is voor verzoeker onverteerbaar dat de kaakchirurg hem vroeg welke kiezen moesten worden getrokken, terwijl hij net de röntgenfoto zou hebben beoordeeld. Verzoeker had nog drie verstandskiezen, en heeft toen gezegd: "*doe maar allebei links (...)*". De kaakchirurg had hem op dat moment moeten vertellen dat hij hierdoor tweemaal zo duur uit zou zijn. Hij kan immers niet de ziektekostenverzekeraar bellen en iedereen laten wachten. Bovendien had verzoeker zoveel last van zijn mond (verstandskies linksboven) dat hij niet in staat was hierover na te denken. Als hij wel over de tarieven was geïnformeerd, zou hij hebben gekozen voor het verwijderen van beide verstandskiezen uit de bovenkaak.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de gedeclareerde tarieven door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) worden vastgesteld. Op de website van de NZa staan inderdaad maximumtarieven, maar hier is ook vermeld dat de tarieven door overleg tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder tot stand komen. Bovendien staat er niet dat de maximumtarieven *moeten* worden gerekend. Gezien het werk dat is geleverd zouden de tarieven lager moeten zijn. Verzoeker vindt het allemaal heel ondoorzichtig.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn communicatie dat hij wil helpen als het nodig is. Verzoeker heeft in deze zaak zijn probleem voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar, maar is in eerste instantie afgescheept met een standaardantwoord van drie regels. Later heeft hij meer informatie gekregen, maar de ziektekostenverzekeraar beroept zich nog steeds op bestaande tariefafspraken.
- 4.5. Er is sprake van een samenspel tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis. Beide zijn schuldig aan oplichting danwel uitbuiting van situaties. Door hun handelen is verzoeker opgezadeld met zeer veel werk. Verzoeker vindt dat dit moet worden bestraft, bijvoorbeeld met een boete, zodat dit soort zaken in de toekomst wordt voorkomen.
- 4.6. Verzoeker vindt het triest dat de ziektekostenverzekeraar de vordering heeft overgedragen aan een deurwaarder, terwijl hij al had gemeld dat hij de zaak ging voorleggen aan de commissie. Vervolgens heeft verzoeker dit ook meerdere keren aan de deurwaarder gemeld, maar deze bleef hem agressieve brieven sturen.
- 4.7. Verzoeker vordert een onkostenvergoeding voor de tijd en energie die deze zaak hem heeft gekost en het leed dat hem is aangedaan. Als dit niet mogelijk is, en uitsluitend de vordering vervalt, kan hij hiermee leven. Hij vordert in dat geval nog wel vergoeding van het voor deze procedure verschuldigde entreegeld en de gemaakte reiskosten.
- 4.8. Verzoeker heeft in zijn brief van 4 december 2018 benadrukt dat hij het niet eens is met de wijze waarop hij door de ziektekostenverzekeraar is behandeld. Dit ligt niet aan het feit dat het resultaat hem niet zinde, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesuggereerd, maar is door verzoeker meermaals geconstateerd en ervaren, en berust daarom volgens hem op een feit.
- 4.9. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de houding van de ziektekostenverzekeraar erg kwalijk vindt. De ziektekostenverzekeraar adverteert met de tekst dat hij daar is als verzoeker hulp nodig heeft, maar uiteindelijk wordt verzoeker van het kastje naar de muur gestuurd. Hij heeft zijn frustraties in een lang e-mailbericht gezet, maar hierop is erg kort gereageerd. De ziektekostenverzekeraar wilde hem niet normaal te woord staan. Verzoeker wil weten waarom hij voor deze zorg moet betalen. Verzoeker merkt op dat hij een zevende deel van zijn inkomen kwijt was aan de ziektekostenverzekeraar. En dan krijgt hij voor deze zorg ook nog een zeer hoge rekening. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de invordering van de nota overgedragen aan een incassobureau, maar heeft hij niet doorgegeven dat de zaak bij de commissie voorligt. De emoties zijn door de gang van zaken bij verzoeker erg hoog opgelopen. Daarnaast gevraagd vertelt verzoeker dat hij niet had begrepen dat hij tijdens de behandeling van zijn klacht door de Ombudsman Zorgverzekeringen ergens toestemming voor moest geven. Hij heeft toen geen formulier of iets dergelijks ontvangen. Hij is bereid alsnog toestemming te geven voor het opvragen van de röntgenfoto's.

- 4.10. Verzoeker is teleurgesteld in de uitkomst naar aanleiding van de opgevraagde informatie. Hij had verwacht dat de kosten van de röntgenfoto zouden worden gecrediteerd. Voorts is verzoeker van mening dat het advies van de tandheeskundig adviseur een geval is van 'een slager die zijn eigen vlees keurt'. Verzoeker is het verder niet eens met de conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat de zorgverleners naar eer en geweten hebben gehandeld, en dat het begrijpelijk is dat de kaakchirurg het risico niet wilde nemen de beoordeling uitsluitend op basis van een foto op papier te nemen. Volgens verzoeker hebben de kaakchirurg en de assistent de foto niet gezien. De assistent heeft de foto alleen aangenomen en neergelegd. Daarnaast vindt verzoeker dat de beide foto's identiek zijn. Verzoeker is van mening dat onrechtmatig kosten in rekening zijn gebracht. Daarom wil hij dat de kosten van de röntgenfoto in mindering worden gebracht op het eigen risico. Daarnaast vordert hij vergoeding van het entreegeld.
- 4.11. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker is op 18 oktober 2017 in het ziekenhuis behandeld door de kaakchirurg. De kosten hiervan zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Omdat het eigen risico nog niet was volgemaakt, komen de totale kosten van € 449,96 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017.
- 5.2. De NZa heeft in opdracht van de overheid voor kaakchirurgie maximumtarieven vastgesteld die door de ziekenhuizen mogen worden gedeclareerd. Het ziekenhuis heeft voor de bij verzoeker uitgevoerde verrichtingen de volgende zorgactiviteiten met de vastgestelde maximumtarieven gedeclareerd: tweemaal 234041 - operatieve verwijdering tand of kies € 176,09, 239462 - röntgenfoto € 33,21, en 239465 - beoordelen röntgenfoto € 64,57. De ziektekostenverzekeraar heeft met het ziekenhuis over kaakchirurgie geen specifieke afspraken gemaakt ten aanzien van lagere dan de door de NZa ter zake vastgestelde tarieven. Dit betekent dat voor kaakchirurgie de maximumtarieven van de NZa van toepassing zijn. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de prijs van een zorgproduct een weergave is van de gemiddelde kosten van het zorgtraject dat patiënten met dezelfde diagnose en behandeling hebben ondergaan. Er wordt dus een standaardprijs voor het zorgproduct betaald. In de prijs zijn niet alleen de kosten van het honorarium van de arts opgenomen, maar ook die van onder andere het pand, de verwarming, de verpleging en andere ondersteunende diensten. In artikel 52, sub a, Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) is ten aanzien van het bepaalde in artikel 50, eerste lid, onderdelen b en c, Wmg geregeld dat het tarief dat is overeengekomen tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar geldt voor alle gevallen waarin de zorgaanbieder het tarief in rekening brengt aan de ziektekostenverzekeraar of aan degene die bij deze voor de prestatie waarop het tarief van toepassing is, is verzekerd. Desalniettemin voorziet de ziektekostenverzekeraar geen belemmering als de zorgaanbieder een lager tarief declareert dan in de zorgovereenkomst is afgesproken. Het is echter niet aan de ziektekostenverzekeraar om op basis van eenzijdige informatie van verzoeker het gedeclareerde tarief te verlagen.
- 5.3. Het tarief voor de extracties geldt per kaakhelft en per extractie. Hieruit volgt dat voor de extractie boven éénmaal het tarief mocht worden berekend, en daarnaast éénmaal het tarief voor de extractie onder. Het tarief van € 176,09 is een gemiddeld tarief in Nederland. Andere ziekenhuizen berekenen soortgelijke tarieven. Het in rekening gebrachte tarief is dus (ook) een in de markt gebruikelijk tarief.
- 5.4. Voor de klachten over de uitgevoerde behandeling en de door het ziekenhuis daaraan verbonden declaratie, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verwezen naar het ziekenhuis.

- 5.5. De kaakchirurg zou op basis van de door de tandarts gemaakte röntgenfoto de zorgvraag van betrokkene moeten kunnen beoordelen, zeker als de röntgenfoto vrij recent en duidelijk is. In dat geval is het maken van een nieuwe röntgenfoto ondoelmatig. Echter, er kunnen omstandigheden zijn waardoor de kaakchirurg heeft moeten besluiten een nieuwe röntgenfoto te maken. Omdat de ziektekostenverzekeraar de betreffende röntgenfoto(s) niet heeft gezien, kan hij in het onderhavige geval geen uitspraak doen over het al dan niet doelmatig zijn van het maken van een nieuwe röntgenfoto.
Overigens mag de kaakchirurg de kosten voor het beoordelen van röntgenfoto's ook in rekening brengen in geval deze door de patiënt zijn meegebracht. Hiervoor geldt een vastgesteld tarief, en dus geen tarief op uurbasis.
- 5.6. De NZa stelt ingevolge de artikelen 38 en 39 Wmg beleidsregels vast met betrekking tot de informatieplicht van zorgaanbieders. Zo is de zorgaanbieder verplicht om alle informatie aan de patiënt te verstrekken die relevant is om een weloverwogen keuze te kunnen maken. De zorgaanbieder kan de patiënt daarbij wijzen op het eventuele eigen risico, maar dat is geen verplichting. Het eigen risico vloeit namelijk voort uit de verzekeringsovereenkomst die is afgesloten tussen de verzekerde en de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in de zorgovereenkomst met het ziekenhuis geen afspraken gemaakt over het verplicht informeren van zijn verzekerden over het eigen risico.
- 5.7. Verzoeker had in 2017 naast het verplicht eigen risico gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- op jaarbasis. Om die reden betaalde hij een lagere premie dan verzekerden die niet hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico.
In artikel 3 van de zorgverzekering is het verplicht eigen risico toegelicht en in artikel 4 het vrijwillig eigen risico. Daarnaast biedt de website op verschillende wijzen informatie over het eigen risico. Gelet op het feit dat verzoeker heeft gekozen voor het maximale vrijwillig eigen risico van € 500,-, mag van hem worden verwacht dat hij zich heeft verdiept in het eigen risico en op welke kosten dit van toepassing is. Omdat kaakchirurgie een verstrekking is die valt onder de dekking van de zorgverzekering, diende verzoeker er rekening mee te houden dat de kosten hiervan ten laste van zijn eigen risico zouden worden gebracht.
Het eigen risico van € 449,96 is conform de door verzoeker afgesloten zorgverzekering opgelegd. Het is niet mogelijk om, anders dan in geval van creditering van de nota door het ziekenhuis, het opgelegde eigen risico voor verzoeker te verlagen. De polisvoorwaarden worden voor alle verzekerden op gelijke wijze gehanteerd. Als de ziektekostenverzekeraar hierop individueel uitzonderingen gaat maken, wordt hiermee een ongelijkheid gecreëerd ten opzichte van andere verzekerden.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat deze kwestie verzoeker (veel) stress oplevert, maar ziet hierin geen aanleiding om hem tegemoet te komen in de vorm van een onkostenvergoeding voor de tijd en/of energie die hij heeft geïnvesteerd. Een en ander is nu eenmaal inherent aan het indienen van een klacht.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de incasso van het onderhavige bedrag opgeschort vanaf de datum waarop verzoeker de klacht bij hem heeft ingediend tot die waarop de heroverweging is uitgebracht. Op dat moment is het incassotraject weer gaan lopen.
Naar aanleiding van het voorleggen van het geschil aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 oktober 2018 het incassobureau verzocht het dossier aan te houden.
- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de communicatie beter had gekund. Het was zeker niet de bedoeling verzoeker te kwetsen of te schofferen, maar hem uit te leggen dat hij bij de ziektekostenverzekeraar aan het verkeerde loket is wat betreft de hoogte van de tarieven. Deze worden niet bepaald door de ziektekostenverzekeraar. Als verzoeker hierover een discussie wil voeren, moet hij hiervoor bij een ander loket zijn. Als verzoeker van mening is dat een onterecht tarief in rekening is gebracht, moet hij hierover discussie voeren met de NZa en het Ministerie van VWS.

Daarnaar gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het altijd mogelijk is een betalingsregeling af te spreken.

In het kader van het traject van de Ombudsman heeft deze aan verzoeker gemeld dat zijn toestemming nodig was om informatie op te vragen bij het ziekenhuis door de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid toen geen gebruik gemaakt. Als hij dit destijds wel had gedaan, was het hele traject in gang gezet. Afsproken wordt dat de ziektekostenverzekeraar een toestemmingsformulier aan verzoeker stuurt. Daarna zal worden gekeken of de situatie van het gebit achteraf nog is te beoordelen. Voorwaarde hiervoor is dat beide foto's nog beschikbaar zijn, en dat hieruit is te herleiden dat de tweede foto ondoelmatig is.

De ziektekostenverzekeraar zal intern overleggen of de in rekening gebrachte incassokosten kunnen worden kwijtgescholden en de commissie hierover na ongeveer één week informeren.

- 5.11. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat de in rekening gebrachte incassokosten zijn afgeboekt.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar heeft, zoals ter zitting is afgesproken, met toestemming van verzoeker de foto's opgevraagd. Hij heeft van zowel de behandelend tandarts als van de destijds behandelend kaakchirurg een inhoudelijk reactie ontvangen. De betreffende stukken zijn aan de commissie gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende informatie ter beoordeling voorgelegd aan zijn tandheelkundig adviseur. Deze is op basis van de beide overgelegde OPT's van oordeel dat de toelichting van de kaakchirurg hout snijdt, omdat uit de OPT's kan worden opgemaakt dat element 38 tegen de nervus mandibularis aan ligt. Dit maakt het verklaarbaar en begrijpelijk dat de destijds behandelend kaakchirurg het risico niet wilde nemen om de beoordeling uitsluitend op basis van een foto op papier te doen. De ziektekostenverzekeraar leidt uit het voorgaande af dat alle zorgverleners destijds naar beste eer en geweten hebben gehandeld in een op dat moment bestaande spoedeisende situatie waarbij rekening is gehouden met het gegeven dat toen nog geen sprake was van de mogelijkheid tot digitale gegevensuitwisseling. Hieruit volgt dat de gevolgde handelwijze van de kaakchirurg en de daaruit gevolgde, gedeclareerde kosten uiteindelijk niet als onrechtmatig kunnen worden beschouwd. Het in rekening gebrachte eigen risico wordt daarom niet herzien.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 37 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag van € 449,96 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 vanwege een kaakchirurgische behandeling in het ziekenhuis te corrigeren. En voorts of hij aan verzoeker een schadevergoeding dient te verlenen alsmede het betaalde entreegeld en de gemaakte reiskosten 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 5 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 385,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het verplicht eigen risico geldt per verzekerde en wordt vermeld op het polisblad [en] wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

a. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek (exclusief de consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater) dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;

b. De directe kosten van het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg;

c. De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, zgn. ketenzorg. Dit geldt niet voor voetzorg buiten de ketenzorg;

d. Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken;

e. De anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;

f. Reiskosten die de donor maakt ten behoeve van de voor rekening van de zorgverzekering komende transplantatie, mits de reiskosten ten laste komen van de zorgverzekering van de donor. Wij vergoeden in dat geval de kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is met de auto te gaan, dan vergoeden wij de kosten van vervoer per auto.

g. De kosten van verpleging en verzorging (wijkverpleging) als bedoeld in artikel 27 en 27.1;

h. De kosten van de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker;

i. De kosten van een behandeling op basis van de diagnose knie- of heupartrose door een door Zorg en Zekerheid geselecteerd ziekenhuis. De lijst van geselecteerde ziekenhuizen vindt u op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

(...)

3.5 Als Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.

(...)

8.4. Artikel 4 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“4.1 Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt.

De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico zoals genoemd in artikel 3.1 onder a t/m h vallen ook buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico. De kosten zoals opgenomen in artikel 3.1 onder i vallen niet buiten het vrijwillig eigen risico.

4.2 Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

(...)

4.6 Als Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan

*wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
(...)"*

8.5. De artikelen 3 en 4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 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.

Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek voor verzekerden van achttien jaar en ouder is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7, vijfde lid, Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in artikel 20 Zvw en nader uitgewerkt in artikel 2.18 Bzv.

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

Verplicht en vrijwillig eigen risico

9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Hetzelfde geldt voor de informatievoorziening door het ziekenhuis en door de behandelend kaakchirurg. Indien verzoeker meent door hen onjuist of onvolledig te zijn voorgelicht, zal hij hierover bij het ziekenhuis of de kaakchirurg zijn beklag moeten doen.

Wel is de commissie bevoegd ten aanzien van het verplicht en vrijwillig eigen risico. De vraag die ter beantwoording voorligt is of de ziektekostenverzekeraar bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie of verlaging van de nota van de kaakchirurgische behandeling, gelet op hetgeen verzoeker heeft gesteld.

9.2. Door het ziekenhuis zijn kosten in rekening gebracht voor de extractie van twee elementen die zich niet in dezelfde kaakhelft bevinden, voor het maken van één röntgenfoto en voor het beoordelen van de röntgenfoto. Hiervoor gelden door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat met het ziekenhuis geen afspraken zijn gemaakt over

lagere tarieven. Ten aanzien van de maximumtarieven geldt dat deze rechtsgeldig in rekening kunnen worden gebracht voor de betreffende zorg en dat, indien bij hem rechtstreeks gedeclareerd, de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding is gehouden. Verzoeker heeft bevestigd dat de zorg is verleend. Hij is echter van mening dat de extracties niet zijn aan te merken als een 'operatie', maar als eenvoudige extracties.

Het feit dat verzoeker voor de extracties door zijn tandarts is verwezen naar een kaakchirurg, maakt aannemelijk dat geen sprake was van eenvoudige extracties. Verzoeker heeft onvoldoende onderbouwd waarom dit anders zou zijn. Het enkele argument dat de extracties snel werden verricht, is hiervoor onvoldoende. Het was voorts aan de behandelend kaakchirurg om te besluiten of de door verzoeker meegenomen röntgenfoto volstond om een beoordeling uit te voeren. Verzoeker heeft geen informatie overgelegd waaruit blijkt dat ten onrechte een nieuwe röntgenfoto is gemaakt. Gezien de stelling van verzoeker, is ter zitting afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de röntgenfoto's zou opvragen bij de zorgaanbieders. Verzoeker heeft hiervoor alsnog toestemming verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende röntgenfoto's in de procedure gebracht. De commissie kan op grond van de röntgenfoto's en de toelichting van de kaakchirurg niet concluderen dat de kaakchirurg ten onrechte een nieuwe röntgenfoto heeft gemaakt. Dat een röntgenfoto moet worden beoordeeld alvorens wordt behandeld, staat niet ter discussie. Dat de behandelend kaakchirurg heeft gevraagd welke elementen het betreft en dat hij de foto slechts kort heeft bekeken, maakt niet dat er geen aanleiding bestond een tweede röntgenfoto te maken. Dat sprake was van ondoelmatige zorg heeft verzoeker dan ook niet aannemelijk gemaakt. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat er geen reden was voor de ziektekostenverzekeraar om bij het ziekenhuis erop aan te dringen de nota aan te passen.

- 9.3. Dat verzoeker van mening is dat de gedeclareerde bedragen niet in verhouding staan tot de geleverde prestaties neemt de commissie voor kennisgeving aan, aangezien de betreffende tarieven - zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht - zijn gebaseerd op gemiddelden en op meer zien dan alleen het honorarium van de kaakchirurg. Dat het tarief per kaakhelft geldt en niet per element is een keuze geweest van de NZa bij het omschrijven van de prestatie en kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Ook in dit verband speelt dat wordt uitgegaan van gemiddelden.
- 9.4. Omdat de kosten van een kaakchirurgische behandeling meetellen voor het eigen risico en gesteld noch gebleken is dat het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 reeds was 'vol gemaakt', heeft de ziektekostenverzekeraar, gelet op hetgeen is bepaald in de verzekeringsvoorwaarden, het bedrag van € 449,96 terecht verrekend met het eigen risico 2017 van verzoeker.

Informatieplicht

- 9.5. Met betrekking tot de informatieplicht van de ziektekostenverzekeraar geldt dat hij, conform artikel 16 van 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten', verplicht is alle informatie te verstrekken die een consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst, bij een specifieke zorgaanbieder, te overzien. Deze informatie hoeft echter enkel te worden verstrekt, indien de consument hierom vraagt. Het staat vast dat verzoeker voorafgaand aan het ziekenhuisbezoek op 18 oktober 2017 geen contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, maar dat hij dit pas heeft gedaan nadat hij de nota voor het eigen risico had ontvangen. Op dat moment heeft de ziektekostenverzekeraar hem van de informatie voorzien waar hij om vroeg. Gelet op voornoemd artikel, wordt van een verzekeraar niet verwacht dat hij de bedoelde informatie ongevraagd aan een verzekerde verstrekt. Dit is feitelijk ook onmogelijk, aangezien een verzekeraar meestal niet weet dat kosten gemaakt gaan worden, tenzij in geval van een toestemmingsvereiste vooraf. Evenmin wordt van een verzekeraar verwacht dat hij de bedoelde informatie, bijvoorbeeld in de vorm van de afgesproken tarieven per DBC en per zorgaanbieder, openbaar maakt. Ingevolge artikel 17 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' dient de ziektekostenverzekeraar op zijn website informatie te vermelden over de hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico en welke gevolgen een

(kaakchirurgische) behandeling heeft voor het eigen risico. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aan deze verplichting heeft voldaan, zodat verzoeker hiervan kennis had kunnen nemen op het moment dat hij de zorgverzekering afsloot en koos voor een vrijwillig eigen risico. Dat in het kader van de zorgverzekering een verplicht eigen risico van toepassing is, is naar het oordeel van de commissie een feit van algemene bekendheid.

Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar aan de informatieplicht heeft voldaan, zoals die is opgenomen in de toepasselijke regelgeving.

Opschortende werking

- 9.6. Anders dan verzoeker veronderstelt, heeft het voorleggen van een geschil aan de commissie geen opschortende werking. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar of de door deze ingeschakelde gerechtsdeurwaarder mag doorgaan met het versturen van brieven om te proberen het nog openstaande bedrag te innen. Omdat het bindend advies tot een andere uitkomst zou kunnen leiden, in welk geval een correctie noodzakelijk is, kan het op praktische gronden voor de ziektekostenverzekeraar zinvol zijn deze activiteiten toch tijdelijk te staken.

Schadevergoeding

- 9.7. Aangezien is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 449,96 terecht bij verzoeker in rekening heeft gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017, en hij aan zijn informatieplicht heeft voldaan, bestaat geen grond voor toewijzing van de door verzoeker gevorderde schadevergoeding, het betaalde entreegeld en/of de gemaakte reiskosten.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester