

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302260

Partijen

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

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar zich onvoldoende heeft ingespannen om na te gaan of de nota van de diëtiste niet te hoog is, en dat hij daarom is gehouden een bedrag van € 52,50 voor teveel ingehouden verplicht eigen risico 2022 aan verzoekster te vergoeden; en
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Voorts is het volgens verzoekster in strijd met de fatsoens- en ethische normen dat de ziektekostenverzekeraar haar gemachtigde (i.e. haar zoon) een contactverbod heeft opgelegd.De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de declaratie van de diëtiste terecht is verrekend met het verplicht eigen risico 2022 en dat hij niet heeft gehandeld in strijd met de AVG. Verder heeft hij toegelicht waarom hij niet langer met de gemachtigde van verzoekster wenst te communiceren.
- 1.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder rechtstreeks ingediende declaratie. De zorgaanbieder heeft volgens de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in het geval van verzoekster een onderzoek is uitgevoerd, een verslag is gemaakt en naderhand een behandelverslag is opgesteld. Volgens de zorgaanbieder heeft zij anderhalf uur besteed aan verzoekster. Het gedeclareerde bedrag van € 105,- is daarmee in overeenstemming. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn beslissing de declaratie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering en voornoemd bedrag te verrekenen met het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2022 van verzoekster. Indien verzoekster van mening is dat de declaratie te hoog is dient zij zich te wenden tot de zorgaanbieder, met wie zij een behandelovereenkomst is aangegaan. De commissie oordeelt verder dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gehandeld in strijd met de AVG, en dat hij mocht besluiten dat de communicatie met de gemachtigde van verzoekster uitsluitend via een aangewezen contactpersoon moest lopen. Het verzoek wordt daarom afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 13 augustus 2023 gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 oktober 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 december 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Wereldfit (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 14 april 2022 een consult gehad bij een diëtiste. De kosten hiervan ten bedrage van € 105,- zijn rechtstreeks door de diëtiste bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, en vervolgens door de ziektekostenverzekeraar ten laste gebracht van het nog openstaande verplicht eigen risico 2022 van verzoekster.
- 3.3. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de declaratie, en heeft hierover een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 15 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij gehouden is aan hem te betalen het bedrag van € 105,- ter zake van het verplicht eigen risico 2022.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar zich onvoldoende heeft ingespannen om na te gaan of de declaratie van de diëtiste niet te hoog is, en dat hij daarom is gehouden een bedrag van € 52,50 voor teveel ingehouden verplicht eigen risico 2022 aan verzoekster te vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met de AVG; en
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met fatsoens- en ethische normen door de gemachtigde van verzoekster te beschuldigen van het schenden van de privacy en hem een contactverbod op te leggen.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar drie e-mailberichten van 18 oktober 2023 aangevoerd dat het gehele dossier van de diëtiste uit één pagina bestaat. Het gesprek duurde destijds ongeveer een half uur. Volgens de website van de diëtiste rekent zij € 17,50 per kwartier. Als wordt uitgegaan van een half uur voor het gesprek zelf en een kwartier om het A4-tje met oppervlakkige bevindingen "in elkaar te flansen" is de declaratie van € 105,- buitensporig hoog en zou een bedrag van € 52,50 meer op zijn plaats zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft niet geprobeerd te achterhalen of de declaratie terecht is, maar is hiervan gewoon uitgegaan.
- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster de AVG herhaaldelijk met voeten getreden. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar ook zelf toegegeven. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar (i) niet gereageerd op een herhaald verzoek om een afschrift van

het klantdossier, (ii) is verzoekster niet gewezen op het bestaan van de AVG, evenals de onderliggende logica van de geautomatiseerde verwerking van de betreffende persoonsgegevens (artikel 15, eerste lid, sub h, AVG), en (iii) heeft een customer service medewerker het verzoek afgehandeld, en niet de Functionaris Gegevensbescherming (FG) of een medewerker van de afdeling compliance. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar de fatsoens- en ethische normen geschonden door de gemachtigde van verzoekster te beschuldigen van het schenden van de privacy en hem een contactverbod op te leggen.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de fatsoensnormen door de ziektekostenverzekeraar zijn geschonden. Op het moment dat er aan een medewerker van de klantenservice moet worden uitgelegd wat een klantdossier inhoudt, gaat het mis. Gemachtigde heeft veel contact gehad met de klantenservice. Een klantdossier moet toch bekend zijn, maar twee dames op dezelfde dag wisten dit niet. Verder heeft gemachtigde de functionaris gegevensbescherming meermaals benaderd, maar deze reageerde niet. De procedures binnen een organisatie zouden gestandaardiseerd moeten zijn. Bij de diëtiste was het nog veel erger. De nota werd niet gestuurd, de algemene voorwaarden en het dossier ook niet. Het beeld is dus breder dan alleen de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster begrijpt dat niet elke nota kan worden gecontroleerd. De meeste mensen zien ook geen nota's meer. Maar als er een diëtist is die zich zo schandelijk heeft gedragen, moet er toch een alarmsignaal afgaan. In haar optiek rechtvaardigt wat de diëtiste heeft gedaan geen declaratie van € 105,-. Gemachtigde heeft navraag gedaan bij anderen en deze kwamen op een redelijk bedrag van € 40,-. Verzoekster ziet niet terug dat er verder onderzoek is verricht, bijvoorbeeld door te bellen of te e-mailen. Het is een hoge nota en er wordt geweigerd door de diëtiste om verdere informatie te geven. Er is een uur gedaan over het opstellen van een tekst op een A4-tje. Er had gekeken kunnen worden of er meer declaraties zijn gedaan tot deze hoogte. Verzoekster verwacht ook dat de ziektekostenverzekeraar probeert hierin te bemiddelen om te kijken of de diëtiste meer informatie kan geven. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou er door gemachtigde vaak contact zijn opgenomen. Zij vraagt zich af wat vaak is. Het feit dat gemachtigde vaak contact heeft moeten opnemen, schuilt in het feit dat er te weinig basiskennis is bij de medewerkers. Hij heeft nooit anoniem gebeld, maar altijd zijn naam genoemd. Er zijn ook veel e-mails gestuurd. Maar ook dan komt er geen antwoord.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de nota voor het verplicht eigen risico 2022 terecht is. Voorts heeft hij verklaard dat hij niet heeft gehandeld in strijd met de AVG. Hij heeft hiertoe in zijn nader commentaar van 1 december 2023 aangevoerd dat de diëtiste een declaratie heeft ingediend met prestatiecode 6052. Dit staat voor: *"Intake en onderzoek diëtetiek na verwijzing: uitvoeren van een diëtistisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing."* De geleverde zorg bestaat uit zes eenheden van een kwartier, wat betekent dat er 1,5 uur zorg is geleverd. De diëtiste heeft voor dit geheel een bedrag van € 105,- gedeclareerd. Dit bedrag is vergoed vanuit de zorgverzekering en verrekend met het verplicht eigen risico 2022 van verzoekster.
- 5.2. Verzoekster is het bij monde van haar gemachtigde niet eens met de hoogte van de declaratie. Zij is van mening dat de gedeclareerde zorg niet aan haar is geleverd. De gemachtigde heeft bij de diëtiste kenbaar gemaakt dat de ingediende declaratie niet had moeten worden vergoed. De zorgaanbieder heeft daarover met de ziektekostenverzekeraar gebeld en gesproken met een medewerker van het Service Center. Na controle is gemeld dat de factuur, zoals de zorgaanbieder had verwacht, terecht is vergoed vanuit de zorgverzekering, en daarmee ook mocht worden verrekend met het verplicht eigen risico 2022 van verzoekster. Er is daarbij geen medische informatie gedeeld. Deze laatste conclusie trekt de ziektekostenverzekeraar uit de notitie van de betrokken medewerker en dit is ook gebleken uit navraag bij deze medewerker. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding medisch inhoudelijk op de declaratie in te gaan. Het

is de ziektekostenverzekeraar overigens ook niet duidelijk welke (medische) informatie zou zijn gedeeld.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de klacht, ook zelf contact gezocht met de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft haar gevraagd of de factuur klopt, omdat verzoekster heeft meegedeeld dat de zorg niet is geleverd. De zorgaanbieder heeft hierop bevestigd dat de declaratie klopt en dat de zorg is geleverd. Zij heeft uitgelegd dat verzoekster met een verwijzing van de huisarts bij haar is gekomen. Zij heeft een onderzoek uitgevoerd, een verslag gemaakt en later een behandelverslag uitgewerkt. Dit geheel vergde anderhalf uur, welke tijd zij rechtstreeks heeft gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster vervolgens erop gewezen dat zij de declaratie kon bespreken met de zorgaanbieder, omdat het voor hem niet mogelijk is hierop inhoudelijk verweer te voeren.
- De ziektekostenverzekeraar kent de medische situatie van verzoekster immers niet. Bovendien is hij niet bij de zorgverlening aanwezig geweest. De ziektekostenverzekeraar ziet, gegeven de door de zorgaanbieder verstrekte toelichting, geen reden te twifelen aan de juistheid van de ingediende declaratie. Dit betekent niet dat vast staat dat deze declaratie correct is, maar dat er geen argumenten of feitelijke redenen zijn om deze als onjuist aan te merken.
- 5.4. De gemachtigde van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierover meerdere keren gebeld. De ziektekostenverzekeraar heeft hem meegedeeld geen medische informatie te mogen delen, en heeft gevraagd om een machtiging. Deze is pas op 25 september 2023 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De gemachtigde van verzoekster heeft veel e-mails gestuurd naar functionarissen bij de ziektekostenverzekeraar die geen kennis van of inzage hebben in gegevens van verzekerden. Hij had destijds geen machtiging om namens verzoekster te bellen. Ook heeft de gemachtigde de ziektekostenverzekeraar op verschillende dagen onredelijk vaak gebeld. De ziektekostenverzekeraar mocht hem geen informatie over de polis geven. Desondanks belde hij zeer regelmatig. Helaas hebben medewerkers enkele keren wel gegevens met hem gedeeld, zonder dat dit was toegestaan. Dat is ook aan de gemachtigde van verzoekster meegedeeld. Hij was er dus mee bekend dat hij de ziektekostenverzekeraar niet om deze informatie mocht vragen, omdat verstrekking een overtreding van de wet zou opleveren. De ziektekostenverzekeraar heeft, naast het waarschuwen van de gemachtigde van verzoekster, interne maatregelen genomen om herhaling van het onterecht delen van gegevens te voorkomen. Een verzoek tot inzage in het dossier wordt bij de ziektekostenverzekeraar altijd in samenspraak met de FG behandeld. Het samenstellen van een dossier wordt inderdaad niet door de FG uitgevoerd, maar wel in diens opdracht en onder zijn controle gestuurd. Inzage in het dossier is het doel, en de rechtmatige verzekerde krijgt dit als wordt voldaan aan de regels. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom verzoekster het meer op prijs had gesteld als het dossier door de FG was gestuurd dan door een medewerker vanuit de operatie, die in een eenheid zit die inzage heeft in de gegevens.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het hier gaat om een naturadeclaratie. Dit betekent dat er een gecontracteerde leverancier is geweest die rechtstreeks heeft gedeclareerd. Dit is volgens de voorwaarden de normale weg. De ziektekostenverzekeraar handelt dit af met de leverancier, en de verzekerde kan de terugkoppeling hiervan in de 'Mijn Omgeving' of op papier krijgen als hij niet digitaal communiceert. Qua privacy geldt ook dat er rechtstreeks met de zorgverlener informatie wordt uitgewisseld. Er is een declaratie binnengekomen die automatisch is afgehandeld. Er komen 100.000 declaraties per jaar binnen. Er vinden systeemcontroles plaats, en verdere controles vinden achteraf plaats. Er is contact geweest met de diëtiste. De nota is vergoed, maar deze is ten laste gekomen van het eigen risico. Daarover is een brief gestuurd naar verzoekster. Naar aanleiding van de klacht is er een controle geweest op de nota. Er is contact gelegd met de diëtiste en hierover zijn vragen gesteld. De vraag is ook gesteld of dit bedrag/deze declaratie vreemd was voor een eerste intake zoals bij verzoekster uitgevoerd. Het gedeclareerde tarief is conform het contract dat met de diëtiste is afgesproken. Op basis van wat de ziektekostenverzekeraar zag en de antwoorden van de diëtiste lijkt de nota rechtmatig en doelmatig. Daarmee is de controle dan afgerond. Dat is ook gecommuniceerd. Verzoekster heeft

ook een klacht dat er teveel informatie met de diëtiste is uitgewisseld. Er is niet meer informatie met de diëtiste uitgewisseld dan ingevolge het contract tussen ziektekostenverzekeraar en diëtiste is afgesproken. Dit viel binnen de grenzen van de AVG. Iemand van verhaalszaken heeft wel per ongeluk teveel informatie met gemachtigde uitgewisseld. Dit had met verzoekster zelf moeten gebeuren omdat er geen machtiging lag. De ziektekostenverzekeraar zag geen aanleiding voor een verdere controle. Het is wel vreemd dat de diëtiste het dossier niet aan verzoekster heeft aangeleverd, want zij is hiertoe verplicht.

Binnen de ziektekostenverzekeraar worden veel medische gegevens verwerkt. Dit betekent dat de FG niet alles zelf kan doen. Er is voor gezorgd dat de AVG volledig verwerkt is in de processen. Als er een inzageverzoek is, controleert de FG dit altijd. De meeste mensen die een inzageverzoek doen zijn concreet naar iets op zoek. Die zitten niet te wachten op iets dat zeven jaar geleden is gebeurd. Alle stukken rond de nota waar discussie over was zijn daarom naar verzoekster gestuurd. De diëtiste heeft toegelicht dat zij de zorg heeft geleverd en hieraan anderhalf uur heeft besteed. De ziektekostenverzekeraar mocht niet vragen waar het precies voor was, en dit heeft de diëtiste ook niet meegedeeld. Er is ook een consult geweest met de huisarts, zoals de diëtiste stelde, dus het verhaal was aannemelijk. Overigens is er geen verwijzing nodig voor de diëtiste. Er waren geen redenen om te twijfelen aan de nota. Omdat de gemachtigde van verzoekster erg vaak belde en soms ook niet netjes communiceerde, is besloten voor hem een vaste contactpersoon aan te wijzen. Er is geen sprake van een contactverbod.

- 5.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene regels' van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over het verplicht eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit de AVG. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verplicht eigen risico 2022

- 7.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie. Tussen partijen is niet in geschil dat zorg is verleend door de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten rechtstreeks vergoed aan de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar mag dit doen op grond van artikel 6:30 Burgerlijk wetboek (BW) en artikel 43 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2022' van de zorgverzekering. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij van mening is dat het gedeclareerde bedrag te hoog is en heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd hiernaar onderzoek te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft over de declaratie contact gehad met de zorgaanbieder. Hij is op basis van dit gesprek tot de conclusie gekomen dat hij geen argumenten heeft om vergoeding te weigeren. De zorgaanbieder heeft volgens de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in

het geval van verzoekster een onderzoek is uitgevoerd, een verslag is gemaakt en naderhand een behandelverslag is opgesteld. Volgens de zorgaanbieder heeft zij hieraan anderhalf uur besteed en is het gedeclareerde bedrag van € 105,- hiermee in overeenstemming. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn beslissing het bedrag van € 105,- te vergoeden ten laste van de zorgverzekering en dit te verrekenen met het verplicht eigen risico 2022 van verzoekster. Indien verzoekster van mening is dat de declaratie te hoog is, kan zij zich wenden tot de zorgaanbieder.

AVG

- 7.3. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de AVG herhaaldelijk met voeten heeft getreden. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar (i) niet gereageerd op een herhaald verzoek om een afschrift van het klantdossier, (ii) is verzoekster niet gewezen op het bestaan van de AVG of de onderliggende logica, en (iii) heeft een customer service medewerker het verzoek afgehandeld, en niet de FG of een medewerker van de afdeling compliance.
- 7.4. Ten aanzien van punt (i) heeft de commissie begrepen dat verzoekster alsnog een afschrift van haar klantdossier heeft ontvangen. Door verzoekster is ter zitting aangevoerd dat zij een onvolledig dossier zou hebben ontvangen, maar door haar is niet toegelicht welke stukken zij dan mist. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar aan het verzoek heeft voldaan en dit onderdeel geen verdere bespreking behoeft. Met betrekking tot punt (ii) merkt de commissie op dat in het door verzoekster aangehaalde artikel 15, eerste lid, sub h, AVG, dat gaat over geautomatiseerde besluitvorming met inbegrip van profilering, is bepaald dat een betrokkene - zoals in dit geval verzoekster - het recht heeft de aldaar bedoelde informatie te verkrijgen. Hierin staat niet dat die betrokkene moet worden gewezen op het bestaan van de AVG. De logica van de verwerking van persoonsgegevens die het hier betreft is overigens evident - zonder deze is uitvoering van de tussen partijen bestaande verzekeringsovereenkomst immers onmogelijk - en behoeft geen verdere uitleg. Ten aanzien van punt (iii) geldt dat artikel 15, derde lid, AVG bepaalt dat een kopie van de persoonsgegevens die worden verwerkt wordt verstrekt door de verwerkingsverantwoordelijke. De verwerkingsverantwoordelijke is niet de FG, zoals verzoekster veronderstelt, maar degene die het doel en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt (artikel 4, zevende lid, AVG). In dit geval gaat het daarbij om de ziektekostenverzekeraar, en kunnen zijn medewerkers (al dan niet in opdracht van de FG) op verzoek de persoonsgegevens die worden verwerkt verstrekken aan een betrokkene die daar om vraagt. Zoals hiervoor is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar aan dit verzoek voldaan.
- 7.5. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat haar gemachtigde ten onrechte een contactverbod heeft gekregen en dat de ziektekostenverzekeraar hiermee handelt in strijd met de fatsoens- en ethische normen. De commissie stelt vast dat ter zitting is gebleken dat geen sprake is van een contactverbod. Er zijn bovendien onvoldoende concrete aanwijzingen dat één van de partijen zich onfatsoenlijk zou hebben gedragen. Door de ziektekostenverzekeraar is een vaste contactpersoon aangewezen waarmee de gemachtigde van verzoekster contact kan opnemen. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gestelde gang van zaken, die door verzoekster niet dan wel onvoldoende is weerlegd, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot deze beslissing heeft kunnen komen.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2024,

H.A.J. Kroon

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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4. Het eigen risico

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Artikel 22

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
 - a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

25. **Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft.** Dat is zo bij de vergoedingen Verpleging en verzorging thuis, Generalistische basis-ggz en Gespecialiseerde ggz. Voor die vergoedingen geldt dat de basisverzekering de zorg van gecontracteerde zorgverleners volledig vergoedt. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2022? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb.

Krijgt u een vergoeding voor ggz uit de aanvullende verzekering? Dan geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het maakt dan niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft of niet.

26. **De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief.** Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor wijkverpleging en ggz geldt bij niet-gecontracteerde zorgverleners een maximale vergoeding. Dat staat in algemene regel 25.

● Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

27. **Soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat u zelf moet betalen voor de zorg. De overheid bepaalt deze eigen bijdrage.

28. **U betaalt ook het verplichte eigen risico.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2022 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. **Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt zo. Als wij een rekening krijgen, halen we daar eerst de eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

29. **Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.
30. U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staat welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

Algemene regels

31. Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.
32. **Voor sommige zorg geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

Het eigen risico geldt niet voor...

Maar wel voor...

huisartsenzorg

onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft, en de kosten apart in rekening worden gebracht

zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen

verpleging en verzorging

eerstelijns verblijf

voetzorg bij diabetes mellitus (suikerziekte)

programma's voor stoppen met roken

gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht

beoordeling medicatie bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek

geneesmiddelen zelf

verloskundige zorg en kraamzorg

zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer

hulpmiddelen in bruikleen

verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik

zorg voor u als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is

vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)

zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

33. Declareert u of uw zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? Dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren. Bijvoorbeeld met een dbc. Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin deze is geopend.
34. **Maakt u in 2022 zorgkosten? En stuurt uw zorgverlener ons de rekening pas in 2024 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Behalve als het aan u ligt dat wij de rekening niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

35. **Bent u een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte en vrijwillig eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen aan.** Wij berekenen dit dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen. Het bedrag ronden wij af op hele euro's.

Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico aan. Maar niet de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Want die geldt ook onder de 18.

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 332 te gaan. Uw eigen risico is 332/365 van € 385: € 350,19. We ronden dat af op € 350.

● Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

36. **Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet.** Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt. OntzorgPlus heeft een eigen regeling.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet)