



Rapport

Datum: 11 mei 1999

Rapportnummer: 1999/213

KLACHT Op 17 november 1998 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift van de heer S. te V., met een klacht over een gedraging van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg te Utrecht. Nadat verzoeker bij brief van 11 december 1998 nadere informatie had verstrekt, werd naar deze gedraging een onderzoek ingesteld. Op grond van de door verzoeker verstrekte gegevens werd de klacht als volgt geformuleerd: Verzoeker klaagt erover dat het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg):

1. hem onjuiste informatie heeft verschaft omtrent de bedragen die hij als tandarts aan ziekenfondspatiënten in rekening kon brengen voor parodontale vervolgbehandelingen;
2. zijn verzoek heeft afgewezen om de schade te vergoeden, die hij als gevolg hiervan stelt te hebben geleden.

Achtergrond

zie bijlage

Onderzoek

In het kader van het onderzoek werd het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben. Tevens werd een aantal specifieke vragen gesteld. Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen. De reactie van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg gaf aanleiding het verslag op een enkel punt te wijzigen. Verzoeker gaf binnen de gestelde termijn geen reactie. BEVINDINGEN De bevindingen van het onderzoek luiden als volgt:

A. FEITEN

1. Verzoeker is tandarts. Bij brief van 27 januari 1997 verzocht hij het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg) om informatie over het tarief dat hij aan zijn patiënten (particulier en ziekenfonds verzekerd) in rekening mocht brengen voor de behandeling bij een recall van patiënten met parodontitis. Hij gaf daarbij als volgt aan wat hij ingeval van een recall voor handelingen verrichtte en hoe hij dit vervolgens aan zijn patiënten declareerde:

"...Allereerst wordt de mond geïnspecteerd op de aanwezigheid van plaque. Vervolgens wordt aan de patiënt gedemonstreerd waar en hoe plaque te verwijderen. Vervolgens wordt met curettes alle nog aanwezige plaque en tandsteen verwijderd. Vervolgens worden de elementen gepolijst. Vervolgens worden de elementen gefluoreerd. Deze behandeling geschiedt in eerste instantie elke drie maanden. De behandelingsduur bedraagt gemiddeld tussen de 30 minuten voor een patiënt met relatief weinig pockets en tot meer dan 45 minuten voor een patiënt met veel pockets. Bij particulieren declareren wij code's C25 a f 30,50 M20 a f 30,50 M55 a f 34,50 Bij ziekenfonds verzekerden code's C25

a f 30,50 M20 a f 30,50 en omdat M55 in het clustertarief zit, kan ik deze dacht ik niet afzonderlijk declareren. Gaarne verneem ik van U wat volgens U passende tarieven en code's zijn..."

2. De codes die verzoeker in zijn brief had opgesomd staan voor de volgende tandheelkundige verrichtingen:

C25 specifiek consult; M20 fluoride applicatie (inclusief voorafgaande mondreiniging) methode II; M55 gebitsreiniging gemiddeld. 3. Na diverse telefonische rappels en een rappelbrief van 29 april 1997, ontving verzoeker een brief van het Cotg van 16 juni 1997. Daarin stond, voor zover van belang, het volgende vermeld:

"Voorheen (tot 1 januari 1995) bestond in de ziekenfondssector (VWZ) de verrichting "recall" (...). Door de harmonisatie van VWZ- (Volwassenzorg; N.o.) en UPT-tarieven (Uniforme Particuliere Tarieven; N.o.) is declaratie van deze verrichtingen niet meer mogelijk. Wel kunnen de afzonderlijke deelprestaties in rekening worden gebracht conform de codes die u in uw brief voor particuliere en ziekenfondspatiënten heeft onderscheiden. Eventueel kan daarnaast bij particuliere patiënten bij de eerste behandeling code M30 (instructie mondhygiëne) in rekening worden gebracht. Bij ziekenfondspatiënten valt dat ook onder het cluster. Wij merken op dat bij een eerste behandeling inderdaad code C25 voor het consult in de rede ligt. Bij tweede en volgende behandelingen zou dit onzes inziens code M40 (controlebezoek mondhygiëne; N.o.) moeten zijn. Ten slotte merken wij op te hebben vernomen dat de representatieve organisaties in het kader van de WTG, te weten de NMT (namens de tandartsen) (Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde; N.o.) en ZN/KPZ (namens de verzekeraars) (Zorgverzekeraars Nederland/Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren; N.o.), momenteel bezig zijn met besprekingen inzake herziening van het hoofdstuk parodontologie. Daarbij wordt ook gesproken over herinvoering van een tarief voor recall."

4. Bij brief van 23 december 1997 deelde zorgverzekeraar X verzoeker mee dat M-codes voor de ziekenfondsverzekerden vielen onder de clusterhonorering. In een bij deze brief meegezonden brief aan een patiënt van verzoeker deelde zorgverzekeraar X deze patiënt, voor zover van belang, het volgende mee:

"De bovengenoemde nota kan door ons helaas niet in behandeling genomen worden. De betreffende code M40 is namelijk begrepen in het jaarabonnement dat door uw tandarts reeds rechtstreeks bij ons in rekening is gebracht. Honorering van deze nota zou een doublure van kosten inhouden. U kunt de nota aan uw tandarts, die door ons hierover is geïnformeerd, retourneren."

5. Naar aanleiding van deze brief schreef verzoeker het Cotg bij brief van 3 januari 1998 onder meer het volgende:

"Op 27 januari 1997 heb ik u een brief gestuurd met enige vragen betreffende recall bezoeken van Parodontitis patiënten. (...) Uiteraard heb ik deze brief niet zomaar aan U geschreven. Mij was opgevallen dat de verhouding tussen de door ons geleverde inspanning en de honorering niet juist was. Tot mijn schrik ontving ik van U de mededeling dat ik zelfs in sommige gevallen teveel zou berekenen. Code 25 zou als vervolgbehandeling M40 moeten worden. Dit heeft ingehouden dat wij het afgelopen jaar

op uurbasis nog verder onder de normale uurtarieven hebben moeten werken. Per 1 januari zijn er gelukkig nieuwe tarieven voor de recall. Zitten in deze tarieven een opslag voor de te laag berekende tarieven in 1996 en 1997 of zullen deze op een andere manier gecompenseerd worden? Een volgende vraag betreft de inhoud van het cluster preventief onderhoud voor volwassen ziekenfondspatiënten. (Zorgverzekeraar X; N.o.) stelt zich op het standpunt dat alle tarieven beginnend met een "M" code in het clustertarief zitten en dus niet in rekening bij ziekenfonds-verzekerden kunnen worden gebracht. Dit lijkt mij gezien bovenstaande niet juist. Zou u mij kunnen vertellen welke M codes in het cluster tarief zitten?"

6. Bij brief van 4 februari 1998 beantwoordde het Cotg verzoekers brief van 3 januari 1998, voor zover van belang, als volgt:

"De UPT-lijst is een lijst waarin op voorspraak van de representatieve organisaties, de NMT (voor de tandartsen), ZN en KPZ (voor de verzekeraars), een bepaalde balans is aangebracht door middel van het geven van een puntenaantal per onderscheiden verrichting, waarmee de gemiddelde tijdsduur van een verrichting tot uitdrukking wordt gebracht. Indien deze representatieve organisaties op grond van voortschrijdend inzicht en nieuwe ontwikkelingen van mening zijn dat er nieuwe verrichtingen moeten worden ingevoerd of bestaande verrichtingen moeten worden geclusterd, dan kunnen zij daarvoor een voorstel indienen bij het COTG. Dat is ook zo gebeurd bij het per 1 januari 1998 gewijzigde T-hoofdstuk (parodontologie). Het T-hoofdstuk is nu onderverdeeld in onderdeel A. en B. Onderdeel A. is tot stand gekomen naar aanleiding van het door de wetenschappelijke vereniging ontwikkelde behandelingsprotocol en heeft betrekking op de parodontale behandeling van patiënten met parodontale aandoeningen (CPITN-score 3 of 4). Bij dat onderdeel zijn Algemene Bepalingen gevoegd. Onderdeel B. betreft verrichtingen voor specifieke parodontale behandelingen ongeacht de CPITN-score. Overigens zal de door u, in uw brief van 27 januari 1997 beschreven verrichting, naar ons inzicht ook niet in dit nieuwe hoofdstuk passen. Onderdeel A. is voor patiënten met een echte parodontale aandoening, zoals vermeld, alleen voor patiënten met CPITN-score 3 of 4. Bovendien zijn de Algemene Bepalingen zo opgezet dat een patiënt een behandelingstraject moet doorlopen en dat niet slechts één verrichting van dat onderdeel A. apart kan worden gedeclareerd. Met betrekking tot uw tweede vraag betreffende de inhoud van het cluster preventief onderhoud voor volwassen ziekenfonds- verzekerden, delen wij u mee dat de hulp vallend onder het cluster het volgende betreft: periodiek onderzoek, inclusief het bepalen van de CPITN-score; - consult instructie mondhygiëne; - consult inclusief kleine verrichtingen al dan niet samenhangend met het periodieke onderzoek:

. onderzoek naar de oorzaak van de klacht; . wegnemen van scherpe randen van een element; . opsporen en wegnemen van protheseklachten; . voorschrijven van medicamenten; . verwijzing naar de specialist; - tandsteen verwijderen. Controlebezoek mondhygiëne (code M40) valt ook onder het cluster. Bij de instructie mondhygiëne hoort immers ook de controle van deze instructies. Overigens is het niet zo dat alle M-codes onderdeel zijn van het cluster. Een fluoride-applicatie (code M10, M20 of M21) maakt geen

onderdeel uit van het cluster en kan in voorkomende gevallen naast het cluster worden gedeclareerd."

7. Daarop reageerde verzoeker bij brief van 5 februari 1998 onder meer als volgt:

"Uw verklaring betreffen de code M40 is duidelijk. U verzuimt echter te verklaren waarom Uw collega in zijn brief aangeeft dat zijns inziens de totdantoe gedeclareerde code C25 in code M40 gewijzigd zou moeten worden. Om de andere vragen die ik stel wordt een mooi rookscherm aangebracht maar tot een duidelijke uitspraak komt U niet. (...) Toevallig ben ik ook lid van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging en werd in november 1996 al aangekondigd dat er een andere honoreringsstructuur voor de parodontologie zou komen. Wat er toen vervolgens is gebeurd is dat iedere tandarts zelf is gaan bekijken wat hij voor zijn recalls en evaluatie zou kunnen gaan declareren. Niet omdat zij dit zelf zo graag wilden, maar omdat het COTG niet in staat was om tot een tarief te komen. Ik meende dat het COTG de instantie was die mij inzicht zou kunnen verschaffen over de door mij te berekenen tarieven voor deze (al in het oude vademecum voor ziekenfonds beschreven) behandeling. In plaats van een duidelijke richtlijn, krijg ik van het COTG een briefje met feitelijke onjuistheden (code M40) bij ziekenfondsverzekerden. Of moet je bij ziekenfonds code C25 rekenen en bij particulier M40. Dit alles resulterend in een eindtarief dat ver onder het gebruikelijke uurtarief ligt. Het komt er op neer dat mijn tarieven voor recall bij ziekenfondsverzekerden in een half jaar tijd stijgen van f52,- (waarvan f20,- ten onrechte berekend) naar f162,-."

8. Bij brief van 1 juli 1998 wendde verzoeker zich opnieuw tot het Cotg:

"...Helaas heb ik nog geen antwoord gehad op de vragen die in mijn brief van februari aan U heb gesteld. Ik heb begrepen dat door een vertegenwoordiger van het COTG aan (...) NMT is toegezegd dat er contact met mij zou worden opgenomen. Helaas heb ik ook hier verder niets van gehoord. De materie zal wel te ingewikkeld zijn. Ik zou van U dan ook graag binnen 4 weken een voor beroep vatbare beslissing willen hebben op de volgende vragen:

1. Een verklaring waarom er in eerste instantie pas na 6 maanden een reactie komt op een vraag betreffende tarieven.
2. Waarom er in deze reactie onjuiste tarieven worden geadviseerd.
3. Een geldelijke vergoeding voor het door mij geleden schade.
4. Een concept klachtenregeling van het COTG..."

9. Bij brief van 9 juli 1998 beantwoordde het Cotg verzoekers brieven 5 februari en van 1 juli 1998 als volgt:

"...Naar aanleiding van uw brief d.d. 5 februari 1998, met excuses voor de late beantwoording. Door een misverstand is deze brief, die begin mei reeds klaar lag om verzonden te worden, helaas nog niet verstuurd. U stuurt dan ook terecht een brief waarin u aangeeft dat u antwoord wilt op uw brief van 5 februari 1998. Op voorstel van de representatieve organisaties van de tandartsen (de NMT; de Nederlandse Maatschappij tot

bevordering der tandheelkunde) en zorgverzekeraars (ZN; Zorgverzekeraars Nederland en KPZ; Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregeling voor ambtenaren) heeft het COTG per 1 januari 1998 het Parodontologie (T)-hoofdstuk geheel vervangen en onderverdeeld in onderdeel A. en B. Dit voorstel is pas op 24 september 1997 door het COTG ontvangen. Het COTG is niet eerder inhoudelijk bij de totstandkoming van die tarieven betrokken geweest. Van het niet in staat zijn van het COTG om tot nieuwe tarieven voor parodontologie te komen, zoals u schrijft, was dus geen sprake. Onderdeel A. is tot stand gekomen naar aanleiding van het ontwikkelde behandelingsprotocol en heeft betrekking op patiënten met parodontale aandoeningen (CPTIN-score 3 of 4). Bij onderdeel A. zijn Algemene Bepalingen toegevoegd. Indien een patiënt een CPTIN-score 3 of 4 heeft, heeft zij/hij parodontale aandoeningen en zou de patiënt een parodontaal traject moeten ingaan en doorlopen. Dit traject bestaat uit de volgende stappen:

1. Onderzoek, diagnostiek en behandelingsplanning;
2. Initiële parodontale behandeling;
3. Herbeoordeling;
4. (Eventuele) parodontale chirurgie;
5. Parodontale nazorg;
6. Evaluatie-onderzoek. In het behandelingsprotocol en in de Algemene Bepalingen bij het T-hoofdstuk staat precies beschreven welke handelingen onder welke stap vallen, alsmede dat er binnen een jaar na de parodontale behandeling en herbeoordeling een evaluatie dient plaats te vinden. Bij de evaluatie wordt bekeken of de parodontale aandoeningen zijn verdwenen of zodanig zijn verminderd dat de patiënt in het "normale" behandelingscircuit zou kunnen. Dan mogen er dus geen T-codes meer in rekening worden gebracht. Dit is zo als de CPTIN-score lager is dan 3. De NMT en ZN/KPZ hebben bij het indienen van hun voorstel aangegeven dat, als tandartsen een patiënt voor een parodontale behandeling behandelen, zij in het verleden een aantal verrichtingen in rekening brachten die op hun voorstel nu zijn geclusterd tot één tarief, maar wat het dus (macro gezien) voor de patiënt niet duurder zou moeten maken. Zo zou in het verleden voor een standaard consult parodontale nazorg de codes C 25, T17, M30 en M59 (in het totaal 24,5 UPT-punten) gedeclareerd zijn, terwijl nu code T53 (20,2 UPT-punten) kan worden gedeclareerd. Daarbij moet het dus wel gaan om echte parodontale patiënten. Het COTG heeft zelf geen tandheelkundige kennis maar baseert zich daarbij op de betrokken tandartsen van de NMT en ZN/KPZ en zonodig de overheid. Derhalve is het voor ons moeilijk in te schatten wat de tarieven zijn voor verrichtingen die niet expliciet op de lijst voorkomen. Daarvoor gaan wij af op wel ter zake deskundigen, in casu een van de eerdergenoemde tandartsen of de interpretatiecommissie zoals genoemd in het Vademecum Tandheelkunde. Dat is ook in dit geval, maar wel mondeling, gebeurd. Het ligt ons inziens dan ook niet aan ons als er onverhoopt onjuiste adviezen zouden zijn gegeven. Overigens hebben wij op 16 juni 1997 niet opgeschreven dat u alleen C25 dan wel M40 kunt declareren, zodat de volgens u geleden schade niet aan ons is toe te rekenen. Overigens is in principe de Interpretatiecommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de NMT en ZN, de instantie

om zich over dit soort zaken te buigen. Het was achteraf handiger geweest als wij of uzelf op dit punt om misverstanden, ook in de vraagstelling, te voorkomen, schriftelijk hadden gewend tot de Interpretatiecommissie. Met betrekking tot uw vraag over de klachtenregeling van het COTG merken wij op dat het COTG nog geen (concept) klachtenregeling kent..."

B. STANDPUNT VERZOEKER

1. Het standpunt van verzoeker is onder meer weergegeven in de klachtformulering onder

Klacht

en in de onder **A. FEITEN** geciteerde brieven van verzoeker.

2. In zijn klachtbrief aan de Nationale ombudsman verwoordde verzoeker zijn bezwaren nog als volgt:

"...Al enige jaren blijkt dat het al of niet slagen van een tandvleesbehandeling (parodontitis behandeling) sterk afhankelijk is van het al of niet instellen van vervolgbehandelingen (recall's). In de ziekenfonds sector was hiervoor tot 1 januari 1995 een totaalbedrag via code 186 bij het ziekenfonds declareerbaar. Helaas kon men binnen het COTG geen overeenstemming bereiken over een nieuwe code voor recall's die zowel voor particulieren en ziekenfonds verzekerden zou gaan gelden. Via de vereniging voor Parodontologie hoorden wij steeds dat men op het punt stond om overeenstemming met het COTG te krijgen, maar telkens werd er op het laatste moment geen overeenstemming bereikt. Omdat men binnen de kring van mij bekende artsen nogal verschillend werd gedeclareerd, en om te voorkomen dat ik later eventueel in problemen zou geraken betreffende declaratiegedrag, heb ik eerst bij de NMT gevraagd wat volgens hen een reële honorering zou zijn. Zij konden mij hierop echter geen antwoord geven. Declareer maar wat je denkt dat redelijk is. Daarom heb ik in arrenmoede een brief naar het COTG geschreven. (...) Niet het antwoord wat ik in gedachten had, maar wel een duidelijke aanwijzing. Ik mocht voor 30 tot 45 minuten werk f 52,- in rekening brengen. Gezien het door COTG vastgestelde uurloon van f 190 voor ziekenfondsverzekerden en f 200,- voor particulier verzekerden een belachelijk bedrag. Maar goed ik dacht dat er in de onderhandelingen (...) wat gegeven en genomen was en dat het lage tarief voor recall in een ander parodontologie tarief werd gecompenseerd. (...) Per 1 januari 1998 zijn er wel tarieven voor de recall. Voor een kort consult parodontale nazorg mag zonder fluorideren f 113,- in rekening worden gebracht en voor een uitgebreid consult f 216,- De bedragen voor de eigenlijke parodontale behandeling zijn ook gestegen. (...) Het COTG heeft mij onjuiste tarieven opgelegd waardoor ik inkomsten ben misgelopen.(f 15.000 op jaarbasis)..."

C. STANDPUNT CENTRAAL ORGAAN TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG

1. In reactie op de klacht liet het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg het volgende weten:

"...**1. WTG en positie van veldpartijen** Het COTG stelt op grond artikel 17b, lid 3, WTG

maximumtarieven vast voor vrije beroepsbeoefenaren. In het Besluit werkingssfeer WTG 1992 en het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG is vastgelegd voor welke organen voor gezondheidszorg het COTG maximumtarieven vaststelt. In deze besluiten zijn de tandartsen ook genoemd. Daarnaast is in het Besluit representatieve organisaties WTG aangegeven welke representatieve organisaties de belangen van de beroepsgroep en de zorgverzekeraars in het kader van de WTG mogen behartigen. Voor tandartsen is de NMT (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde) en voor de zorgverzekeraars zijn ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en KPZ (Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren) door de Minister van VWS representatief verklaard. In de WTG staan in artikel 17c drie mogelijkheden genoemd op basis waarvan het COTG een maximumtarief voor een prestatie (verrichting) kan vaststellen:

- Er komt een gezamenlijk verzoek van de representatieve organisaties, in casu de NMT en ZN/KPZ (artikel 17c lid 1). - Er komt een eenzijdig verzoek van ofwel de representatieve organisatie van de betreffende organen voor gezondheidszorg (zorgaanbieders), in casu de NMT, dan wel de representatieve organisatie(s) van de ziektekostenverzekeraars, in casu ZN en KPZ. Overigens kan dit alleen maar als overleg niet tot overeenstemming heeft geleid (artikel 17c lid 2). - Indien er geen collectief maximumtarief tot stand is gekomen voor een prestatie volgens artikel 17c, lid 1 en 2 en er ook geen verzoek volgens artikel 17c lid 1 en 2 in behandeling is, kunnen één of meer individuele organen voor gezondheidszorg samen met één of meer individuele ziektekostenverzekeraars het COTG verzoeken voor die prestatie een maximumtarief vast te stellen. Overigens kan dat maximumtarief alleen bij patiënten die verzekerd zijn bij die ziektekostenverzekeraars, die mede het verzoek hebben ingediend, in rekening worden gebracht. Indien er voor een verrichting een nieuw collectief tarief komt, dus volgens artikel 17c lid 1 of lid 2, wordt dat vastgelegd in een beleidsregel, zoals bedoeld in artikel 11 WTG. De beleidsregelset voor tandartsen bepaalt voor welke prestatie welk tarief geldt en geeft bijvoorbeeld ook de declaratieregels weer, waaraan de tandartsen zijn gehouden (...). Het COTG is volgens de WTG verplicht, voordat zij een besluit neemt over (wijziging van) een beleidsregel, de betreffende kamer om advies te vragen. Deze kamer is ingesteld op grond van artikel 23 WTG. Er zijn in totaal zes kamers, welke de diverse sectoren van de gezondheidszorg bestrijken en waarin de diverse betrokken representatieve partijen participeren. Kamer V is de kamer voor de medische beroepsbeoefenaren. In kamer V hebben onder meer de huisartsen, apothekers, tandartsen en medisch specialisten zitting. Daarnaast zijn vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars lid van kamer V. De kamer brengt richting het COTG advies uit over beleidregels en bijvoorbeeld over de invoering en/of wijzigingen van tarieven voor (nieuwe) prestaties. Nadat het COTG, na advies van de kamer, een beleidsregel heeft vastgesteld of gewijzigd, kan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) deze beleidsregel goed- of afkeuren. Zoals uit het bovenstaande blijkt, is de wettelijke rol van een representatieve organisatie bij de invoering van een tarief voor een verrichting erg belangrijk en wordt de inhoudelijke kennis bij het COTG door de participatie van deze organisatie gewaarborgd. Het secretariaat van het COTG beschikt

zelf niet over specifieke inhoudelijke kennis, maar is vanuit de prijsvormende taak meer economisch georiënteerd. In deze context moet de opmerking in onze brief van 9 juli 1998 over het ontbreken van tandheelkundige kennis bij het COTG geplaatst worden. (...)

2. De klachten van (verzoeker; N.o.)

Ten aanzien van de klacht van (verzoeker; N.o.) merken wij het volgende op. Op 30 januari 1997 hebben wij een brief van (verzoeker; N.o.), tandarts, ontvangen over de verrichting "recall" voor patiënten met parodontale aandoeningen. Tot 1 januari 1998 bestond er in de UTP-lijst geen specifieke verrichting met bijbehorend tarief voor de "recall" van patiënten met parodontale aandoeningen. Tot 1 januari 1995 was hiervoor voor volwassen ziekenfondsverzekerden een tarief opgenomen in de tarievenlijst voor tandheelkundige hulp ten behoeve van volwassen ziekenfondsverzekerden, de zogenaamde VWZ-lijst (volwassenzorg). Per 1 januari 1995 is deze VWZ-lijst verdwenen en heeft er qua tariefhoogte een harmonisatie plaatsgevonden met de UTP-lijst (de uniforme particulieren tarieven), de tarievenlijst voor tandheelkundige hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden. Het tarief voor "recall" is daarmee komen te vervallen. Het COTG heeft zich bij het beantwoorden van de vraag van (verzoeker; N.o.) omtrent een tarief voor een "recall" gewend tot de representatieve organisaties, de NMT en ZN/ KPZ. Deze advieswinning heeft de beantwoording van de brief enigszins vertraagd. Na overleg met de NMT en ZN/KPZ hebben wij (verzoeker; N.o.) op 16 juni 1997 schriftelijk geantwoord dat voor "recall" geen specifieke code is gedefinieerd en dat de codes die hij voorstelt inderdaad gedeclareerd kunnen worden. Wij hebben daarbij opgemerkt dat daarnaast voor particuliere patiënten nog een extra declaratiecode, zijnde code M30 (Instructie mondhygiëne), gedeclareerd mag worden. Volgens de NMT en ZN/KPZ zou declaratie van de code C25 (specifiek consult) alleen voor de eerste behandeling in de rede liggen. Niet alleen de codes C25 dan wel M40 konden dus worden gedeclareerd, (...), maar ook in de brief van (verzoeker; N.o.) aangegeven andere verrichtingen. Daarbij geldt uiteraard het voorbehoud dat de bijbehorende prestaties ook daadwerkelijk verricht worden en bij de behandelovereenkomst aansluiten. In onze brief is kennelijk een misverstand bij (verzoeker; N.o.) ontstaan over het tarief van code M40. Beoogd is aan te geven dat code M40 bij particuliere patiënten in rekening zou kunnen worden gebracht. De code M40 valt bij ziekenfondspatiënten onder het cluster preventief onderhoud, zoals ook in onze brief van 4 februari 1998 is aangegeven. Het COTG erkent dat de brief in dat opzicht wellicht zorgvuldiger, ter voorkoming van enig misverstand, geformuleerd had kunnen worden. Van onjuiste advisering, (...), is echter geen sprake. Zoals wij ook in deze brief hebben gemeld, hebben NMT en ZN/KPZ bij onze advieswinning tevens aangegeven dat zij bezig waren met onderhandelingen over herziening van het hoofdstuk parodontologie. Op 24 september 1997, ruim drie maanden na beantwoording van de brief van (verzoeker; N.o.) heeft het COTG een gezamenlijk verzoek van NMT en ZN/KPZ tot wijziging van de beleidsregel ontvangen in verband met een gehele vernieuwing van het zogenaamde T-hoofdstuk (Parodontologie) van de UTP-lijst. De UTP-lijst is onderverdeeld in hoofdstukken, (...). Deze hoofdstukken betreffen de verschillende aandachtsgebieden binnen de tandheelkunde. Het eerste hoofdstuk betreft het C-hoofdstuk Consultatie en

diagnostiek, daarnaast zijn er bijvoorbeeld het M-hoofdstuk Preventie/mondhygiëne, het P-hoofdstuk Uitneembare prothetische voorzieningen, het T-hoofdstuk Parodontologie en het I-hoofdstuk Implantologie. Naar aanleiding van het gezamenlijk verzoek van de NMT en ZN/KPZ tot beleidsregelwijziging, heeft er op 3 november 1997 een technisch overleg tussen NMT, ZN en COTG-secretariaat plaatsgevonden. Daarin is het voorstel verder besproken, zijn enkele vragen van het COTG-secretariaat beantwoord en zijn er enkele wijzigingen op het voorstel gebracht. Op 12 november 1997 heeft kamer V het COTG geadviseerd de voorgestelde wijzigingen door te voeren. In zijn vergadering van 17 november 1997 heeft het COTG conform het advies beslist en op 2 december 1997 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de betreffende beleidsregel goed-gekeurd. Deze wijziging is daardoor per 1 januari 1998 in de tarievenlijst doorgevoerd (...). Uit de toelichting bij het voorstel van partijen bleek eind september 1997 dat de NMT en ZN/KPZ van mening waren dat tandartsen bij een kort consult parodontale zorg de codes C25 (Specifiek consult), T17 (plaque-score), M30 (Instructie mondhygiëne en/of voorlichting voeding, zonder kleurtest) en M55 (Gebitsreiniging gemiddeld), in rekening konden brengen en dat in de praktijk in bepaalde gevallen ook al deden. Hieruit blijkt dat er in de praktijk in sommige gevallen meer gedeclareerd werd dan de codes die (verzoeker; N.o.) aan ons voorlegde ter beoordeling. De NMT en ZN/KPZ hebben gemeend in hun verzoek bij de praktijk te moeten aansluiten. Op 3 januari 1998 heeft (verzoeker; N.o.) het COTG een brief gestuurd, onder andere met de vraag of er in de tarieven die per 1 januari 1998 zijn gaan gelden, een compensatie zit voor de te lage tarieven voor 1996 en 1997. Op 4 februari 1998 hebben wij deze brief beantwoord. Er kan van compensatie geen sprake zijn. Wij merken op dat er geen sprake is van te lage tarieven in 1996 en 1997, maar dat er sprake is van een herijking voor 1998 op grond van voortschrijdende technologie en behandelmethoden. Op grond hiervan hebben de NMT en ZN/KPZ hiertoe, zoals geschetst, voorstellen bij het COTG ingediend, die per 1 januari 1998 zijn geëffectueerd. Er is dus volgens het COTG geen sprake van toerekenbare schade(...). Op 5 februari 1998 heeft (verzoeker; N.o.) het COTG opnieuw een brief gestuurd, waarin hij eigenlijk aangeeft niet tevreden te zijn met het antwoord. Door misverstanden intern is het antwoord op de brief van 5 februari 1998 helaas met vertraging verstuurd. Op 9 juli 1998 hebben wij alsnog, met excuses voor de late beantwoording, (verzoeker; N.o.) een reactie gestuurd op zijn brief van 5 februari 1998. Daarin hebben wij nogmaals de positie van het COTG uitgelegd. Overigens zullen per 1 januari 1999 de inhoudelijke vragen, zoals de vraag van (verzoeker; N.o.), gestructureerder en duidelijker richting vrager worden opgelost. Zoals u in de bijgevoegde tariefbeschikking voor tandartsen op pagina 27 kunt zien (zie

Achtergrond

onder 4; N.o.), zullen dit soort vragen vanaf heden worden voorgelegd aan de PTBC, de Permanente Tarieven Begeleidingscommissie. Deze commissie bestaat uit

vertegenwoordigers van NMT en ZN/KPZ, de participanten in Kamer V van het COTG. (...)

3. Interne klachtenregeling (...) Wij kunnen u berichten dat inmiddels een conceptklachtenregeling gereed is, welke binnenkort door het COTG vastgesteld zal worden. Deze regeling bevat tevens een hoorzittingsprocedure..."

BEOORDELING I. TEN AANZIEN VAN DE INFORMATIEVERSTREKKING

1. Verzoeker klaagt er in de eerste plaats over dat het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg) hem onjuiste informatie heeft verschaft over de bedragen die hij als tandarts aan zijn patiënten in rekening kon brengen voor parodontale vervolgbehandelingen (recalls).
 2. In zijn brief van 27 januari 1997 heeft verzoeker de handelingen die hij ingeval van recalls bij zijn patiënten verrichtte, uitgesplitst voor particulier en ziekenfonds verzekerden. In antwoord daarop heeft het Cotg verzoeker bij brief van 16 juni 1997 onder meer meegedeeld dat verzoeker de door hem in zijn brief beschreven afzonderlijke deelprestaties in rekening kon brengen overeenkomstig de codes zoals verzoeker deze had beschreven en onderscheiden voor particulier en ziekenfonds verzekerden. Het Cotg voegde daar aan toe dat verzoeker bij particuliere patiënten eventueel daarnaast bij de eerste behandeling code M30 (instructie mondhygiëne) in rekening zou kunnen brengen, dat dit bij ziekenfondspatiënten echter ook onder het cluster viel, en voorts dat bij een eerste behandeling inderdaad code C25 (consult) voor de hand zou liggen en bij tweede en volgende behandelingen code M40 (controlebezoek mondhygiëne).
 3. De verrichting 'controlebezoek mondhygiëne' (code M40) mag alleen aan particulier verzekerde patiënten in rekening worden gebracht, omdat deze verrichting bij ziekenfondsverzekerden valt onder het cluster preventief onderhoud, waarvoor de tandarts een vaste vergoeding ontvangt. Uit de brief van het Cotg aan verzoeker van 16 juni 1997 blijkt dat echter niet duidelijk. Verzoeker had expliciet gevraagd naar de codes die hij bij recalls in rekening mocht brengen aan zijn particulier verzekerde patiënten enerzijds en zijn ziekenfondspatiënten anderzijds. Het Cotg had derhalve in zijn brief aan verzoeker een zelfde uitsplitsing moeten maken. Omdat het Cotg dit niet heeft gedaan, kon bij verzoeker het misverstand rijzen dat hij ook aan ziekenfondspatiënten code M40 afzonderlijk in rekening mocht brengen. Terecht heeft het Cotg dan ook erkend dat zijn brief in dat opzicht zorgvuldiger geformuleerd had kunnen worden. De onderzochte gedraging is in zoverre niet behoorlijk.
 4. Overigens blijkt uit de brief van het Cotg aan verzoeker van 9 juli 1998 dat in de tandheelkundige praktijk niet alleen de codes C25 en M30, maar ook de codes T17 en M59 voor een standaard consult parodontale nazorg gedeclareerd zijn. Dit roept de vraag op waarom het Cotg verzoeker daarover niet eerder heeft geïnformeerd.
- #### II. TEN AANZIEN VAN DE WEIGERING SCHADE TE VERGOEDEN
1. Verzoeker klaagt er verder over dat het Cotg afwijzend heeft beslist op zijn verzoek om de schade te vergoeden die hij stelt te hebben geleden als gevolg van de onjuiste informatie van het Cotg.

2. Verzoeker heeft bij brief van 1 juli 1998 een verzoek tot vergoeding van schade aan het Cotg voorgelegd. Hij heeft dit verzoek niet onderbouwd. Interpretatie van verzoekers claim, in het licht van verzoekers eerdere brieven, zou het Cotg hebben kunnen brengen tot het volgende:

a. het hogere nieuwe tarief , dat met ingang van 1 januari 1998 geldt, geeft aanleiding tot de vraag of het oude tarief wel juist was; b. de informatie in de brief van 16 juni 1997 heeft verzoeker ertoe gebracht minder te declareren dan toen was toegestaan.

3. Beoordeling van beide punten leidt tot het volgende. Wat betreft het hogere nieuwe tarief wordt opgemerkt dat dit het gevolg is van een beleidswijziging die het Cotg al in zijn brief aan verzoeker van 16 juni 1997 had aangekondigd. Deze beleidswijziging is ontstaan in overleg met de representatieve organisaties in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg, te weten de NMT en de ZN/KPZ (zie

Bevindingen

, onder C.1 en

Achtergrond

, onder 1 tot en met 3). Zij biedt geen grondslag voor verzoekers claim. Zoals hierboven onder I.3 is aangegeven, was de informatie die het Cotg aan verzoeker heeft verstrekt niet volstrekt duidelijk. Echter, het Cotg heeft verzoeker geen tarieven opgelegd. De brief van 16 juni 1997 attendeert verzoeker allereerst op de instructie mondhygiëne (code M30), als een verrichting die verzoeker in zijn brief van 27 januari 1997 niet had genoemd.

Daarnaast wijst zij ook op code M40. Voor zover dat laatste heeft geleid tot het declareren van deze code aan ziekenfondsverzekerden, kan daaruit niet volgen dat verzoeker schade heeft geleden, omdat de verrichting waarop deze code betrekking heeft, is begrepen in de vergoeding voor het cluster preventief onderhoud van ziekenfondsverzekerden. Daarmee biedt ook de verstrekte informatie geen grond voor verzoekers claim. Overigens had verzoeker zich met zijn vragen ook kunnen wenden tot de verzekeraars, die tenslotte praktisch moeten instemmen met de declaraties.

4. De reactie van het Cotg op verzoekers schadeclaim is summier onderbouwd. Echter, gezien het voorgaande, en mede gelet op de terughoudende benadering van de Nationale ombudsman in schadekwesities (zie

Achtergrond

onder 5), heeft het Cotg in redelijkheid het verzoek om schadevergoeding kunnen afwijzen. De onderzochte gedraging is op dit onderdeel behoorlijk. CONCLUSIE De klacht over de onderzochte gedraging van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg te Utrecht is gegrond ten aanzien van informatieverstrekking, en niet gegrond met betrekking tot de

afwijzing van het verzoek om schadevergoeding.

BIJLAGE

Achtergrond

1. WET TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG

(wet van 20 november 1980, Stb.646) HOOFDSTUK II TARIEVEN TITEL 1. ALGEMEEN
Artikel 2:

"1. Het is verboden een tarief in rekening te brengen, dat niet overeenkomstig deze wet is goedgekeurd of vastgesteld.

2. De goedkeuring of vaststelling van een tarief geschiedt door het Centraal orgaan."

TITEL 4A. MAXIMUMTARIEVEN Artikel 17a, eerste lid:

"Voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen prestaties en voor prestaties van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen categorieën van organen voor gezondheidszorg zijn de artikelen 2, 4, 5, 7, 8 eerste en tweede lid, en 9 niet van toepassing." Artikel 17b:

1. Het is verboden voor een prestatie ten aanzien waarvan artikel 17a is toegepast, een tarief in rekening te brengen indien voor die prestatie niet overeenkomstig deze wet een maximumtarief is goedgekeurd of vastgesteld.

2. Het is verboden voor een prestatie waarvoor een maximum is goedgekeurd of vastgesteld, een hoger tarief dan het maximumtarief in rekening te brengen.

3. De goedkeuring of vaststelling van een maximumtarief geschiedt door het Centraal orgaan. Artikel 17c:

"1. Indien overleg tussen een representatieve organisatie van organen voor gezondheidszorg en een representatieve organisatie van ziektekostenverzekeraars over het maximumtarief voor een prestatie ten aanzien waarvan artikel 17a is toegepast, tot overeenstemming heeft geleid, kunnen zij het Centraal orgaan verzoeken dat maximumtarief goed te keuren.

2. Indien overleg als bedoeld in het eerste lid, niet tot overeenstemming leidt, kan een representatieve organisatie van organen voor gezondheidszorg of een representatieve organisatie van ziektekostenverzekeraars het Centraal orgaan verzoeken een maximumtarief vast te stellen. Daarbij wordt bepaald in welke gevallen het vastgestelde maximumtarief geldt.

3. Indien voor een prestatie ten aanzien waarvan artikel 17a is toegepast, geen maximumtarief is tot stand gekomen en bij het Centraal orgaan geen verzoek als bedoeld in het eerste of tweede lid in behandeling is, kunnen een of meer organen voor gezondheidszorg samen met een of meer ziektekostenverzekeraars het Centraal orgaan verzoeken om een maximumtarief vast te stellen. Daarbij wordt bepaald in welke gevallen het vastgestelde maximumtarief geldt." HOOFDSTUK III HET CENTRAAL ORGAAN
TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG Artikel 18 "Er is een Centraal orgaan tarieven

gezondheidszorg, dat de hoedanigheid van rechtspersoon bezit. Het bepaalt zijn vestigingsplaats in overeenstemming met Onze Minister." Artikel 19:

"Het Centraal orgaan heeft tot taak:

a. te beslissen over het al dan niet goedkeuren of vaststellen van tarieven en maximumtarieven; b. beleidsregels vast te stellen inzake hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief en maximumtarief of onderdelen van een tarief en maximumtarief; c. Onze Minister of Onze Minister te zamen met Onze Minister die het aangaat, op zijn onderscheidenlijk hun verzoek dan wel uit eigen beweging van advies te dienen over onderwerpen die verband houden met tarieven en maximumtarieven, met dien verstande dat indien een advies betrekking heeft op beleidsvoornemens of voorgenomen wettelijke voorschriften, dit uitsluitend de concrete uitvoeringsaspecten daarvan betreft; d. andere werkzaamheden, hem bij of krachtens de wet opgedragen, uit te voeren." Artikel 23, eerste vier leden:

"1. Onze Minister stelt per, door hem aan te wijzen, categorie van organen voor gezondheidszorg Kamers in. Alvorens een Kamer wordt ingesteld wordt het Centraal orgaan gehoord.

2. De Kamers hebben tot taak het eigener beweging of desgevraagd uitbrengen van advies aan het Centraal orgaan over het vaststellen dan wel wijzigen van beleidsregels.

3. Het Centraal orgaan benoemt de helft van de leden van de Kamers op voordracht van de voor het betreffende Kamer naar het oordeel van Onze Minister representatieve organisaties van ziektekostenverzekeraars en de andere helft op voordracht van de voor die Kamer naar het oordeel van Onze Minister representatieve organisaties van organen voor gezondheidszorg.

4. Onze Minister kan regels stellen, die worden gehanteerd bij de beoordeling van de representativiteit van organisaties als bedoeld in het derde lid."

2. TOELICHTING BIJ DE WET TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG

Uit de Editie Schuurman & Jordens (Nederlandse Wetgeving): Wet tarieven gezondheidszorg (1993):

"...Inleiding (...) In de Memorie van Toelichting worden de hoofdlijnen van het oorspronkelijke wetsontwerp onder meer als volgt weergegeven:

1. De Wet tarieven gezondheidszorg regelt de totstandkoming van de tarieven van de inrichtingen, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (de organen voor gezondheidszorg). (...)

4. De tarieven komen tot stand in onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraars en de organen voor gezondheidszorg. Deze tarieven behoeven de goedkeuring van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg. (...)

7. In de gevallen dat een tarief niet door middel van onderhandelingen tot stand komt of een tarief niet wordt goedgekeurd kan het Centraal orgaan zelf een tarief vaststellen. Daarbij worden alle betrokkenen gehoord.

8. Het is verboden een tarief in rekening te brengen dat niet door het Centraal orgaan is vastgesteld of goedgekeurd. (...) Het huidige systeem van de WTG gaat ervan uit dat er

tariefsovereenkomsten tot stand komen tussen ziektekosten- verzekeraars en individuele zorgverleners. Soms komen deze tot stand tussen individuele ziektekostenverzekeraars en individuele zorgverleners (vooral bij instellingen) en soms tussen representatieve organisaties van ziektekostenverzekeraars en van zorgverleners. Dit laatste is met name het geval waar het vrije beroepsbeoefenaars betreft. Dergelijke, collectief overeengekomen tarieven gelden na goedkeuring door het COTG voor alle gerepresenteerde zorgverleners binnen het overeengekomen werkingsgebied. Representatieve organisaties van ziektekostenverzekeraars of zorgverleners kunnen, indien geen onderlinge overeenstemming wordt bereikt, eenzijdig het COTG verzoeken een zogenaamd collectief tarief vast te stellen. Ook nadat door tussenkomst van representatieve organisaties een collectief tarief is goedgekeurd of vastgesteld, blijven individuele zorgverleners en ziektekostenverzekeraars voor wie dat tarief geldt, bevoegd het COTG te verzoeken een afwijkend tarief goed te keuren of vast te stellen. In de praktijk komen van het algemeen geldend tarief afwijkende tariefovereenkomsten tussen individuele ziektekostenverzekeraars en individuele vrije beroepsbeoefenaren slechts zelden tot stand. Evenmin wordt door individuele zorgverleners of individuele ziektekostenverzekeraars veel gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot het doen van een (eenzijdig) tariefsvaststellingsverzoek. Deels is dit het gevolg van het wettelijk systeem, dat overeenkomstig de aan de wet ten grondslag liggende beleidsmatige doelstellingen met name bij vrije beroepsbeoefenaren uniforme tarieven nastreeft, deels van de overheersende rol van de representatieve organisaties bij de totstandkoming van richtlijnen en tarieven..."

3. BESLUITEN IN VERBAND MET WET TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG **3.1 BESLUIT WERKINGSSFEER MAXIMUMTARIEVEN**

(Amvb van 19 december 1991, Stb. 733) Artikel 1, eerste lid:

"Als categorieën van organen voor gezondheidszorg, bedoeld in artikel 17 a, eerste lid van de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646), worden aangewezen de in artikel 1, onder A, de nummers 22, 24, 25 en 32, en onder B, van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 genoemde categorieën van organen voor gezondheidszorg."

3.2 BESLUIT WERKINGSSFEER WET TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG 1992 (AMVB VAN 19DECEMBER 1991, STB. 732)

Artikel 1, aanhef en onder B, nummers 2, 3 en 4:

"Als organen voor gezondheidszorg worden aangewezen:

(...)

. de navolgende personen die een medisch of paramedisch beroep uitoefenen:

(...) 2. tandartsen,

3. tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie,

4. tandarts-specialisten in de dento-maxillaire orthopaedie,"

3.3 BESLUIT REPRESENTATIEVE ORGANISATIES WET TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG 1984 (BESLUIT VAN 23 MEI 1984, STCRT. 129)

Artikel 1, aanhef en onder C, K L en M:

"Als representatieve organisaties van de hieronder genoemde organen voor gezondheidszorg, onderscheidenlijk ziektekostenverzekeraars worden aangewezen:

(...)

. van de tandartsen en van de tandarts-specialisten:

Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde; (...)

. van de ziekenfondsen:

Zorgverzekeraars Nederland;

. van de particuliere ziektekostenverzekeraars:

Zorgverzekeraars Nederland;

. van de organen welke publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren:

Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren;"

4. TARIEFBESCHIKKING VAN HET COTG VAN 10 DECEMBER 1998

(nummer 5300-1500-99-1; inwerkingtreding 1 januari 1999) pagina 27:

"... **PERMANENTE TARIEVEN BEGELEIDINGS COMMISSIE (PTBC)**

1. Interpretatie

Indien de tarieven en bepalingen van de tariefbeschikking aanvulling, wijziging, nadere uitwerking of interpretatie in incidentele gevallen behoeven, kunnen hieromtrent bij gebleken overeenstemming door de "Onderhandelingscommissie" bindende adviezen worden vastgesteld die aan de betrokkenen worden meegedeeld en waarvan tegelijkertijd een afschrift wordt verstuurd aan het COTG. De "Permanente Tarieven Begeleidingscommissie" bestaat uit vertegenwoordigers van de NMT en ZN/KPZ en is een commissie van de onderhandelingscommissie van de NMT en ZN/KPZ. Het secretariaat van de commissie is gevestigd: Geelgors 1, Nieuwegein. Telefoon:030-6076276. Postadres: Postbus 2000, 3430 CA Nieuwegein..."

5. BENADERING VAN DE NATIONALE OMBUDSMAN BIJ SCHADEKWESTIES

In het geval van een klacht over een besluit van een bestuursorgaan tot afwijzing van een verzoek om schadevergoeding dat kan worden onderworpen aan het oordeel van de bestuursrechter is de Nationale ombudsman niet bevoegd. Staat bij zo'n klacht de weg naar de bestuursrechter niet open, zodat de Nationale ombudsman ter zake wel bevoegd is, dan stelt de Nationale ombudsman zich terughoudend op. In zo'n geval is immers de burgerlijke rechter de instantie die bij uitsluiting bevoegd is om bindend te beslissen over de vraag of, op grond van bepalingen van burgerlijk recht, het betrokken bestuursorgaan is gehouden om de gestelde schade te vergoeden. Alleen wanneer in zo'n geval naar het oordeel van de Nationale ombudsman de aanspraak van betrokkene op schadevergoeding, gezien de gronden waarop deze aanspraak berust, zo evident juist is dat het betrokken bestuursorgaan niet in redelijkheid tot zijn afwijzende besluit heeft kunnen komen, wordt dat besluit tot weigering van de gevraagde schadevergoeding aangemerkt als een niet-behoorlijke gedraging. In de overige gevallen gaat de Nationale ombudsman ervan uit dat het in beginsel vrijstaat aan het betrokken bestuursorgaan om te betwisten dat het gehouden is tot het vergoeden van de gestelde schade, en om zich in verband daarmee op het standpunt te stellen dat de vraag naar die gehoudenheid -

eventueel - moet worden beantwoord door de burgerlijke rechter. In die gevallen zal er voor de Nationale ombudsman geen reden zijn om het besluit tot weigering van de schadevergoeding aan te merken als een niet-behoorlijke gedraging.