



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, vertegenwoordigd door mr. T.R.M. van Helmond en mr. B. Reuver te Amsterdam

Zaak : Omzetplafond bij restitutieverzekering

Zaaknummer : 201403393

Zittingsdatum : 2 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door mr. T.R.M. van Helmond en mr. B. Reuver te Amsterdam.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Voor Nu en T Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft eind 2014 de zorgaanbieder Icone in Eindhoven bezocht in verband met knieproblemen. De zorgaanbieder deelde hem mede dat hij hier niet (meer) terecht kon, omdat het omzetplafond, dat was afgesproken met de ziektekostenverzekeraar, was bereikt.
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend met betrekking tot het bestaan van het omzetplafond. Bij e-mailbericht van 19 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het omzetplafond te handhaven. De ziektekostenverzekeraar heeft verder medegedeeld verzoeker hiervoor te compenseren door betaling van het deel van het verplicht eigen risico voor het kalenderjaar 2015 dat ziet op een behandeling bij Icone in verband met de knieproblematiek van verzoeker.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 juni 2015 en e-mailbericht van 17 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht voor recht te verklaren dat (i) de ziektekostenverzekeraar het omzetplafond niet mag hanteren voor restitutieverzekerden, en (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is duidelijk aan zijn verzekerden te communiceren dat het omzetplafond ook geldt bij een restitutieverzekering (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 9 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is de zelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 februari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 maart 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker werd door zijn huisarts verwezen naar Icone in verband met knieproblemen. De ziektekostenverzekeraar heeft een contract met de betreffende zorgaanbieder, waarin staat dat deze geen verdere vergoeding meer krijgt indien het zogenoemde 'omzetplafond' is bereikt. Verzoeker vernam van Icone dat hij in het jaar 2014 om die reden niet (meer) kon worden behandeld, terwijl er nog wel ruimte was. Eerst in het jaar 2015 kon verzoeker een behandeling ondergaan.
- 4.2. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker bood hem wachtlijstbemiddeling aan, hetgeen verzoeker heeft aanvaard. Hieruit kwam echter geen acceptabel voorstel voort. Alternatieven waren te ver weg of bestonden uit een beoordeling door een arts-assistent, terwijl de door verzoeker geraadpleegde arts van Icone bekend staat als kniespecialist. Bovendien had verzoeker - indien geen omzetplafond zou hebben bestaan - bij Icone direct terecht gekund, en is deze zorgaanbieder dicht bij het woonadres van verzoeker gevestigd.
- 4.3. Verzoeker had het verplicht eigen risico voor het jaar 2014 al grotendeels verbruikt vanwege het gebruik van geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen gebruikt hij vanaf 2015 niet meer. Indien de behandeling plaatsvindt in 2015, ziet verzoeker zich derhalve met hogere kosten geconfronteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar toegezegd verzoeker hiervoor te compenseren, maar inmiddels is hij elders verzekerd.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar belooft 100% vrije artskeuze, terwijl hij dit niet altijd waar kan maken als gevolg van zijn bedrijfsvoering. Verzoeker wenst van de commissie een principe uitspraak over de vraag of de ziektekostenverzekeraar voor restitutieverzekerden omzetplafonds mag hanteren. Indien dit het geval is, is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden zijn verzekerden hierover beter te informeren. Op de website is nu vermeld dat de omzetplafonds niet gelden voor restitutieverzekerden. In de praktijk is dit echter wel het geval.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij een en ander heeft nagevraagd bij Icone. Daar vertelde men hem dat met de ziektekostenverzekeraar geen doorleverplicht is afgesproken in het contract. Volgens Icone wordt de verantwoordelijkheid op de zorgaanbieder afgeschoven. Verder heeft verzoeker desgevraagd bevestigd dat hij geen financieel belang meer heeft. Hij heeft er echter wel belang bij dat hij als verzekerde juist wordt geïnformeerd. Dit geldt voor alle verzekeringsmaatschappijen, omdat deze alle adverteerders met vrije artskeuze indien wordt gekozen voor een restitutiepolis. Het is wel van belang wat er in het contract staat. Het lijkt er namelijk op dat één van de partijen niet de waarheid spreekt met betrekking tot de doorleverplicht.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders zogenoemde omzetplafonds afgesproken, die hij strikt handhaaft. Een overschrijding van het plafond wordt altijd door de ziektekostenverzekeraar bij de zorgaanbieder teruggevorderd, overeenkomstig de bepalingen die hierover zijn opgenomen in de contracten met de zorgaanbieders. Op die manier kan de ziektekostenverzekeraar de afspraken met het Ministerie van VWS en andere betrokkenen bij het 'Hoofdlijnenakkoord' nakomen. Lopende behandelingen mogen bij het naderen of bereiken van het afgesproken plafond niet worden afgebroken, zowel op grond van de zorgovereenkomst met de ziektekostenverzekeraar als op grond van de overeenkomst die bestaat tussen de zorgaanbieder en de patiënt. Daarom neemt de ziektekostenverzekeraar in de contracten met zorgaanbieders op dat zij de te leveren zorg binnen het omzetplafond zo goed mogelijk over het jaar moeten spreiden.
- 5.2. Op grond van de juridische verhouding van de ziektekostenverzekeraar met een restitutieverzekerde, mag het bereiken van het omzetplafond niet tot een beperking leiden in de keuze van een zorgaanbieder. Dit is de reden dat hiervan op de website melding wordt gemaakt. De mogelijkheid dat een restitutieverzekerde terecht komt bij een zorgaanbieder waarvan het omzetplafond is bereikt blijft evenwel aanwezig. In de praktijk kan de ziektekostenverzekeraar de verzekerde in dat geval meestal met succes en naar volle tevredenheid bemiddelen naar een andere vergelijkbare zorgaanbieder, die wel ruimte heeft.
- 5.3. Bij verzoeker is het niet gelukt te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd het verplicht eigen risico dat verzoeker is verschuldigd in verband met de behandeling van de knie in 2015, voor zijn rekening te nemen. De nota die verzoeker hiervoor ontvangt van zijn nieuwe zorgverzekeraar, kan hij declareren bij de ziektekostenverzekeraar.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat er een zogenoemde "zorgdriehoek" bestaat tussen de verzekerde, de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder. Juridisch ligt een en ander gecompliceerd. De verzekeringsovereenkomst geldt tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar en ligt vast in de polisvoorwaarden en de Zvw. Deze overeenkomst moet worden vertaald naar contracten met zorgaanbieders. Voor naturaverzekeringen zijn contracten gesloten, die vaak ook hun werking hebben op de restitutieverzekeringen. Bij restitutieverzekeringen bestaat aanspraak op basiszorg, en de keuzevrijheid is dan maximaal, hoewel de vergoeding is gemaximeerd. De keuze voor Icone was er dus, maar in de contractuele verhouding tussen de ziektekostenverzekeraar en Icone zijn afspraken gemaakt, bestaande uit een omzetplafond. In de contracten ligt daarom ook de zogenoemde doorleverplicht vast. De reden voor deze afspraak is dat het niet mag zijn dat de verzekerde met een restitutiepolis de zorg niet krijgt. Begin december 2014 waren er twee mogelijkheden. Ten eerste had de zorg kunnen worden afgedwongen, maar hier was te weinig tijd voor. De andere optie was het bemiddelen van verzoeker naar een alternatief, en hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar gekozen. Dit is uiteindelijk niet gelukt. Een en ander is niet goed uitgelegd aan verzoeker, en dit had wel moeten. De ziektekostenverzekeraar heeft al eerder toegelicht dat er frictie bestaat met deze zorgaanbieder. Op de website van de ziektekostenverzekeraar staat dat het omzetplafond geldt voor naturaverzekeringen. Bij de restitutieverzekeringen geldt het plafond derhalve niet. Verzoeker is financieel gecompenseerd, en hij is intussen elders verzekerd. Materieel bestaat er geen belang meer. De vraag is of in een dergelijk geval een verklaring voor recht kan worden gevraagd.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 (i) de ziektekostenverzekeraar het omzetplafond mag hanteren voor restitutieverzekerden, en (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is duidelijk aan zijn verzekerden te communiceren dat het omzetplafond ook geldt bij een restitutieverzekering.



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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'vergoedingen' van de zorgverzekering.



- 8.3. Artikel 24 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



*“Ondergaat u een medisch-specialistische poliklinische behandeling? Dan vergoeden wij de kosten van:*



*a. medisch-specialistische zorg;*

*b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

*Als opname medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op vergoeding van deze zorg op basis van de artikelen 31 en 32 van de ‘Vergoedingen Keuze Zorg Plan’.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)”*



- 8.4. Artikel 24 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).



- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.



- 8.6. 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



- 9.1. De commissie stelt vast dat, gelet op de jurisprudentie ter zake van de Hoge Raad, verzoeker voldoende belang heeft bij de door hem gevraagde verklaring voor recht om hem ontvankelijk te verklaren in zijn verzoek, zodat kan worden overgegaan tot een inhoudelijke beoordeling.

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2014 een restitutieverzekering had afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar en dat hij in verband met zijn knieproblematiek aanspraak had op de onderhavige behandeling. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is in de eerste plaats de vraag of de ziektekostenverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder een omzetplafond mocht afspreken dat ook van toepassing is op zijn restitutieverzekerden. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. De ten algemene gevraagde verklaring voor recht kan niet worden gegeven, aangezien de restitutiepolis - anders dan verzoeker kennelijk veronderstelt - geen vaststaand begrip is en er vele mengvormen van natura en restitutie bestaan. Ook bij een als restitutiepolis aangeboden verzekering zal de verzekerde soms worden geacht gebruik te maken van gecontracteerde zorg en kan hij worden geconfronteerd met een restitutiekorting of een omzetplafond. Dit betekent dat in voorkomend geval de contractuele invulling bepalend is. Voor dit specifieke geval geldt dat in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niets is opgenomen met betrekking tot het door de ziektekostenverzekeraar hanteren van omzetplafonds. Op de website van de ziektekostenverzekeraar wordt het bestaan van de omzetplafonds weliswaar vermeld, doch uitsluitend in relatie tot naturaverzekeringen. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting erkend dat verzoeker noch door middel van de verzekeringsvoorwaarden noch anderszins is geïnformeerd over het bestaan van omzetplafonds en de mogelijke gevolgen indien door een zorgaanbieder het omzetplafond is bereikt. Onder deze omstandigheden kon verzoeker het bestaan van een omzetplafond daarom niet worden tegengeworpen.
- 9.4. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, behoeft het tweede onderdeel van het verzoek - te weten dat de ziektekostenverzekeraar aan zijn verzekerden duidelijk dient te communiceren dat het omzetplafond ook geldt bij een restitutieverzekering - geen verdere bespreking.
- 9.5. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie stelt vast dat in de onderhavige situatie verzoeker het bestaan van een omzetplafond niet kan worden tegengeworpen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 6 april 2016,

A.I.M. van Mierlo