

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, omzetplafond, premierestitutie, toerekenbare tekortkoming, schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017), artt. 6:74 en 7:938 BW

Zaaknummer : 202102374

Zittingsdatum : 22 juni 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht en brief van 20 februari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 25 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 mei 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juni 2022 de commissie telefonisch meegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker is op 22 juni 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 750 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 29 november 2021 zijn huisarts bezocht vanwege oorklachten. Deze verwees hem door naar een KNO-arts, verbonden aan Bergman Clinics. Daar werd met hem een afspraak gemaakt voor een consult op 8 december 2021. Vervolgens belde de kliniek verzoeker met de mededeling dat de afspraak werd verzet naar 5 januari 2022. Achtergrond hiervan vormde de overschrijding van het beschikbare budget voor 2021.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar en de kliniek hierover aangeschreven. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gereageerd bij brief van 13 december 2021. Bij brief van 14

december 2021 is verzoeker inhoudelijk op deze reactie ingegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft op zijn beurt hierop geantwoord bij brief van 21 december 2021, waarna nog een reactie van verzoeker is gevolgd bij brief van 22 december 2021.

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een bedrag van € 1.160,75 moet vergoeden. Dit bedrag bestaat uit de te restitueren premie voor de maand december 2021 (€ 210,75) en een schadevergoeding van € 950,- (38 dagen à € 25,-).

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over schadevergoeding en premierestitutie, en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over omzetplafonds, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker licht toe dat hij zich in november 2021 vanwege serieuze oorklachten heeft gewend tot de huisarts. Deze verwees hem naar een KNO-arts, verbonden aan Bergman Clinics. Deze arts heeft verzoeker jaren geleden al eens geopereerd. Er was toen sprake van verwijdering van een cholesteatoom, dat leidde tot oorontstekingen en doofheid. Door deze operatie heeft verzoeker zijn gehoor toen kunnen behouden.
Volgens verzoeker zijn de ziektekostenverzekeraar en de kliniek tekortgeschoten en hebben zij jegens hem onzorgvuldig gehandeld. Hij wijst in dit verband op de langdurige arts/patiëntrelatie. In zijn optiek betreft het een doorlopende behandeling. Onder andere door Covid19 zat er iets meer tijd tussen de controle-afspraken. Om die reden was een nieuwe verwijzing noodzakelijk. Verzoeker meent dat het kwalijk is dat deze budgetkwestie heeft kunnen ontstaan. Er is onnodig risico genomen met zijn gehoor. De beslissing de afspraak te verzetten werd vanachter het bureau genomen, zonder kennis van zijn situatie.
Verzoeker tekent verder aan dat hem bij het eerste contact hierover werd toegezegd dat hij die zelfde dag zou worden teruggebeld en dat een afspraak bij de KNO-arts zou worden geregeld. Uiteindelijk volgde pas vijf dagen later een reactie. De verwijzing naar de AVG snijdt volgens verzoeker geen hout, aangezien de ziektekostenverzekeraar melding heeft gemaakt van een eerdere hernia-operatie. Verzoeker bestrijdt dat hij niet open stond voor een gesprek. Door de ziektekostenverzekeraar werd hem verteld dat er geen andere mogelijkheden waren, zodat hij uit arren moede antwoordde de kosten dan zelf te betalen. Dit was echter geen vrije keuze. Naar de mening van verzoeker is ten onrechte terugverwezen naar de kliniek. Aldus wordt het probleem bij hem neergelegd, terwijl het daar niet thuishoort. Bovendien is niet relevant of er een medische reden bestaat; de kwestie draait om een niet-toereikend budget voor 2021.
- 6.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij graag door een met name genoemde KNO-arts, verbonden aan Bergman Clinics, behandeld wilde worden. Bij deze arts is verzoeker al ruim 12 jaar onder behandeling, dit tot volle tevredenheid. Toen verzoeker van de Bergman Clinics vernam dat hij niet in december behandeld kon worden heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar aangeboden om in een andere ziekenhuis behandeld te worden, maar met een concreet voorstel is de ziektekostenverzekeraar nooit gekomen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de gemaakte afspraak over het omzetplafond voor 2021. De kliniek is hiermee akkoord gegaan. In geval van een lopende behandeling of spoedzorg kan daarvan worden afgeweken, maar van het een noch het ander lijkt sprake. Zo werd de laatste DBC reeds op 9 januari 2020 gesloten. De kliniek oordeelde dat de afspraak kon worden verzet; naar mag worden aangenomen is dit gebeurd in overleg met een KNO-arts. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geadviseerd hierover het gesprek aan te gaan met de KNO-arts.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar is bij het eerste contact over deze kwestie niet beloofd dat diezelfde dag een oplossing zou worden geboden. Er is slechts toegezegd dat een en ander zou worden opgenomen met de afdeling Zorginkoop en dat is die dag ook gebeurd. De kliniek reageerde op vrijdag 10 december 2021, na 16.00 uur. Op de eerstvolgende werkdag - maandag 13 december 2021 - is verzoeker teruggebeld. Hij gaf toen aan de behandeling zelf te betalen en stond niet open voor een gesprek.
- De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij de medische situatie niet zelf beoordeelt. Hij beschikt niet over het medisch dossier van verzoeker, en voor zover medische informatie bij hem aanwezig is, staat de AVG eraan in de weg hiervan gebruik te maken.
- Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij voldoet aan de voorwaarden die zijn genoemd in artikel 15 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017). Zo staat zowel op de website van de ziektekostenverzekeraar als in de voorwaarden van de zorgverzekering informatie over de gemaakte afspraken. Ook staan de consequenties voor verzekerden beschreven.
- Tot slot geldt dat de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding ziet verzoeker te compenseren voor de geleden schade.

Overwegingen commissie

- 6.5. De commissie merkt in de eerste plaats op dat Bergman Clinics geen partij is in het onderhavige geschil. Wat verzoeker ten aanzien hiervan heeft gesteld, wordt voor kennisgeving aangenomen.
- 6.6. Wat betreft het aan de commissie voorgelegde geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar overweegt de commissie als volgt. Verzoeker heeft gekozen voor een naturapolis. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden heeft hij aanspraak op de onder de dekking vallende zorg en andere diensten. Gelet op het bepaalde in artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw gaat de op de ziektekostenverzekeraar rustende zorgplicht niet verder dan dat hij hierin voorziet. Daartoe worden door hem contracten met zorgaanbieders afgesloten. In het kader van die contracten kan een omzetplafond worden overeengekomen.
- Zoals blijkt uit artikel 15 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) zijn zodanige afspraken toegestaan, mits de verzekerden hiervan op de hoogte worden gebracht via de website en de verzekeringsvoorwaarden, onder vermelding van de mogelijke consequenties. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 mei 2022 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar hieraan gevolg heeft gegeven, zodat het bestaan van een omzetplafond in december 2021 verzoeker kan worden tegengeworpen. Dit kan ertoe leiden dat verzoeker geen aanspraak kan maken op de zorg te verlenen door de - vaste - zorgaanbieder van zijn keuze, hoewel de commissie begrip heeft voor een dergelijke keuze.
- 6.7. Naar de commissie begrijpt, zijn tussen de ziektekostenverzekeraar en de kliniek afspraken gemaakt over de vergoeding van lopende behandelingen en over spoedzorg, indien het omzetplafond is bereikt. Anders dan verzoeker aanvoert, is in dit geval geen sprake van een lopende behandeling. Dit blijkt uit het feit dat de laatste DBC op 9 januari 2020 werd gesloten zodat om die reden niet valt aan te nemen dat sprake is van een lopende behandeling in het kader van de geldende wet- en regelgeving. Dat verzoeker al ruim 12 jaar bij dezelfde KNO-arts in behandeling is, maakt dit niet anders. Verder geldt dat voor de zorg die thans in het geding

is een nieuwe verwijzing van de huisarts is vereist. Voor een lopende behandeling zou dit niet noodzakelijk zijn geweest.

Met betrekking tot de gestelde spoedzorg merkt de commissie op dat dit een medisch oordeel is. Kennelijk achtte de kliniek het verantwoord de aanvankelijk op 8 december 2021 geplande afspraak te verzetten naar 5 januari 2022. Het ligt in de rede dat dit in overleg met de KNO-arts is gebeurd. Zo niet, dan kan die beslissing niet het onderwerp zijn van de onderhavige procedure, maar zal verzoeker zich daarover moeten beklagen bij de zorgaanbieder.

- 6.8. Door verzoeker is restitutie gevorderd van de betaalde premie voor de maand december 2021, ook wel premierestorno genoemd. Artikel 7:938 BW voorziet in de mogelijkheid hiervan, indien en voor zover door de verzekeraar geen risico is gelopen. Daarvan is in dit geval echter geen sprake. Naar uit hetgeen hiervoor is overwogen valt op te maken, had verzoeker zich in december 2021 met zijn medische klachten kunnen wenden tot een andere (gecontracteerde) zorgaanbieder, in welk geval de benodigde zorg - wederom daargelaten een eventueel omzetplafond - zou zijn verstrekt dan wel de kosten hiervan zouden zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Vanwege het bereiken van het omzetplafond door Bergman Clinics had verzoeker - behoudens de hiervoor benoemde uitzonderingen, die niet aan de orde zijn - niet zonder meer aanspraak op zorgverlening door déze zorgaanbieder. Met betrekking tot hetgeen waarvoor verzoeker was verzekerd, te weten de onder de dekking vallende zorg en andere diensten, te verlenen door een daartoe door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, met inachtneming van het eventueel toepasselijke omzetplafond, heeft de ziektekostenverzekeraar in december 2021 het volledige risico gelopen. Voor premierestitutie bestaat daarom geen grond.
- 6.9. Verzoeker heeft daarnaast een bedrag van totaal € 950,- gevorderd. Het betreft hierbij een vergoeding van € 25,- per dag, gerekend over de 38 dagen tussen de datum van de oorspronkelijke afspraak en het uiteindelijke consult op 5 januari 2022. De commissie merkt hierover op dat voor toekenning van een schadevergoeding grond kan bestaan in geval van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een overeenkomst (artikel 6:74 BW). Daarbij gaat het niet om de behandelingsovereenkomst, want hierbij is de ziektekostenverzekeraar immers geen partij. Waar het de verzekeringsovereenkomst betreft is in het voorgaande reeds geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar de tussen partijen overeengekomen dekking heeft geboden, waarbij hij zich ten opzichte van verzoeker mocht beroepen op het in december 2021 bereiken van het omzetplafond door deze zorgaanbieder. Voor toekenning van een schadevergoeding bestaat dan ook geen aanleiding.
- 6.10. Dat ten tijde van het eerste contact door de ziektekostenverzekeraar onvoorwaardelijk is toegezegd dat een afspraak bij de KNO-arts van Bergman Clinics zou worden geregeld, is door verzoeker weliswaar gesteld, maar door hem niet aannemelijk gemaakt.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Let op

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met Menzis op 088 222 40 40.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

Als Menzis een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Menzis, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 938

1. Behoudens het geval van opzet van de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3 om de verzekeraar te misleiden is geen premie verschuldigd indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
2. Gedurende één maand na afloop van een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mag elke partij de overeenkomst met ingang van het nieuwe verzekeringsjaar opzeggen. Deze opzegging heeft geen rechtskracht, indien risico is gelopen tussen de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar en de opzegging.
3. Is slechts risico gelopen over een kleiner aantal zaken of een kleinere hoeveelheid dan was verzekerd, dan zijn de leden 1 en 2 van toepassing voor zover geen risico is gelopen.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 74

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.
2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

15. Volumeafspraken en omzetplafonds

1. Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar op de website hoe de zorgverzekeraar omgaat met volumeafspraken en omzetplafonds, en de mogelijke consequenties hiervan voor de verzekerde. Daarnaast vermeldt de zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden dat er (mogelijk) volumeafspraken of omzetplafonds kunnen worden gehanteerd en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn.
2. Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar per betreffende zorgaanbieder in of bij het onder 14.1 bedoelde overzicht dat een volumeafpraak dan wel omzetplafond wordt gehanteerd en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.