



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, knie-operatie, hoogte vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder, reclame-uitingen
Zaaknummer : 201600304
Zittingsdatum : 8 juni 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een knie-operatie (verder: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 6.126,72.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 28 december 2015 en 12 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 1 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 6.126,72, in te willigen, ten laste van de zorgverzekering. Daarbij heeft verzoeker de informatievoorziening door de zorgverzekeraar aan de orde gesteld. (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2016 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 1 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.7. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 juni 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker was onder behandeling bij het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen in verband met knieproblemen. In 2014 hebben diverse consulten plaatsgevonden en verschillende medische verrichtingen. Ook is verzoeker eind december 2014 een brace aangemeten. Deze behandelingen hebben echter niet geholpen. Vanwege acute klachten heeft verzoeker zich opnieuw bij het ziekenhuis gemeld voor een spoedconsult en mogelijk een vervroegde ziekenhuisopname. Dit was echter niet mogelijk. Verzoeker vermoedt dat dit komt door (personele) capaciteitsproblemen. Een spoedconsult zou eerst na drie weken kunnen plaatsvinden en een opname pas na zes weken. Gelet hierop werd verzoeker door de assistente van de afdeling Orthopedie gewezen op de mogelijkheid van een behandeling in het Medisch Centrum Amstelveen (MCA) te Amstelveen. Verzoeker heeft het advies opgevolgd, en kon binnen 24 uur terecht bij het MCA voor een intakeconsult. Na een opname van één nacht kon verzoeker naar huis, en vier weken later kon hij alweer goed lopen.

4.2. Op 10 november 2015 ontving verzoeker een nota van het MCA ter hoogte van € 14.495,52, welke nota hij heeft gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Deze deelde hem mede dat de vergoeding € 6.126,72 bedraagt. Verzoeker was hierover verbaasd, aangezien een knie-prothese voor volledige vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Hierbij worden de DBC-tarieven gehanteerd die zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Verzoeker is daarom van mening dat de zorgverzekeraar ten minste het door de NZa vastgestelde tarief van € 9.109,64 aan hem dient te vergoeden.

Verzoeker vindt het vreemd dat de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten met het MCA, aangezien dit ziekenhuis in de regio zeer goed bekend staat.

4.3. Verzoeker is van mening dat hij recht heeft op vrije artskeuze. Indien dit niet het geval is, is sprake van misleiding en dwaling. De ziektekostenverzekeraar heeft hem geen polisvoorwaarden beschikbaar gesteld. Verder is op zowel het polisblad van 2015 als van 2016 geen verplichte verwijzing opgenomen naar deze voorwaarden. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 28 december 2015 aan zijn verzekerden medegedeeld dat sprake is van vrije artskeuze. De zorgverzekeraar merkt in het e-mailbericht op dat de verzekerde naar de *eigen* huisarts, tandarts of een ziekenhuis in de buurt kan. In het e-mailbericht is niet vermeld dat bij de keuze voor een niet-gedcontracteerde zorgaanbieder een korting geldt op de vergoeding.

4.4. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat hij in december 2014 een e-mailbericht heeft ontvangen van de zorgverzekeraar, waarin hem vrije artskeuze werd beloofd. Vanwege de belofte, en omdat hij in het Amstelland ziekenhuis niet verder kwam, besloot hij zich aan te melden bij de zorgverzekeraar. Hij had hierbij de keuze uit drie producten. Na de aanmelding ontving verzoeker een welkomstbrief, waarin werd verwezen naar de polisvoorwaarden. Hij heeft deze niet geraadpleegd, maar zich gebaseerd op het misleidende e-mailbericht. In 2015 ontving hij een zelfde e-mailbericht met hierin opnieuw de mededeling dat sprake was van keuzevrijheid. Verzoeker verwacht dat dit in 2016 niet anders zal zijn.

Verder heeft verzoeker ter zitting desgevraagd verklaard dat de vordering op de zorgverzekeraar is gecedeerd aan de zorgaanbieder. MCA is akkoord gegaan met het door de zorgverzekeraar betaalde bedrag van ruim € 6.000,- en zal verzoeker niet aanspreken tot betaling van het meerdere.

Verzoeker wil weten welk tarief het Amstelland ziekenhuis vergoed krijgt voor kwalitatief mindere zorg. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat zijn bezwaar met name ligt in het terugbrengen van de vergoeding tot 75 percent.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een naturaverzekering afgesloten. De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. Indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bestaat aanspraak op een vergoeding van 75 percent van het bedrag dat de zorgverzekeraar gemiddeld voor de betreffende behandeling heeft afgesproken.

Verzoeker heeft bij het MCA een knie-operatie ondergaan. Deze zorgaanbieder heeft geen contract met de zorgverzekeraar gesloten, en heeft de nota daarom aan verzoeker gezonden. Op de nota is het DBC-zorgproduct 13199104 genoemd, waaraan een tarief is verbonden van € 9.106,64. Gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op 75 percent van dit bedrag, hetgeen neerkomt op € 6.829,98. Omdat op deze zorg het verplicht en vrijwillig eigen risico van toepassing is, en verzoeker een vrijwillig eigen risico had van € 500,-, is de nota hiermee verrekend. Op het moment van ontvangst van de nota stond nog een bedrag aan eigen risico open van totaal € 703,26. De vergoeding komt hiermee uit op € 6.126,72. Deze vergoeding is aan verzoeker verleend.

5.2. Sinds een aantal jaren verstuurt de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden niet meer per post. Deze kunnen via de website worden ingezien en gedownload. Op verzoek kunnen de voorwaarden per post worden toegezonden. Een dergelijk verzoek heeft de zorgverzekeraar evenwel niet bereikt. De zorgverzekeraar heeft geen contract afgesloten met het MCA, omdat de tarieven voor knie-operaties daar veel hoger liggen dan de landelijke gemiddelde tarieven. Indien een dergelijke zorgaanbieder door de zorgverzekeraar wordt gecontracteerd, zou dit leiden tot een substantiële premieverhoging voor alle verzekerden.

Verzoeker heeft toegelicht dat het e-mailbericht van de zorgverzekeraar, dat hij ontving op 28 december 2015, hem de indruk geeft dat hij een vrije artskeuze heeft. De zorgverzekeraar is van mening dat zulks niet uit het betreffende e-mailbericht kan worden afgeleid. Hierin wordt toegelicht dat een verzekerde naar zijn eigen huisarts, tandarts of ziekenhuis in de buurt kan. Er staat niet dat de verzekerde naar elk gewenst ziekenhuis kan, en dat de vergoeding altijd volledig is. De zorgverzekeraar is daarom van mening dat het e-mailbericht niet misleidend is. Bovendien heeft verzoeker de behandeling ondergaan lang voordat hij het e-mailbericht kon hebben gezien.

5.3. Verzoeker heeft op 27 juli 2015 telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hiervan is de volgende aantekening gemaakt: "(...) Meneer vraagt of MC Amstelveen gecontracteerd is. Antwoord: Geen contract. Hebben het over een akte van sessie wordt door ons niet meer gedaan. Verg. 75% markt conform ned. tarief. Meneer gesproken onderst. doorgegeven. Meneer was in de kliniek geweest en daar werd verteld dat hij een rekening krijgt en wat niet vergoed wordt door zorgverz. legt de zorgist. bij. (...)". Uit de notitie volgt dat verzoeker geen schade heeft geleden, omdat het verschil tussen het bedrag van de nota en het bedrag dat door de zorgverzekeraar wordt vergoed, voor rekening van de zorgaanbieder blijft.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat de informatie uit het e-mailbericht volgens hem niet misleidend kan zijn, omdat deze dateert uit december 2015, toen de operatie al was uitgevoerd. Dat nu een beroep wordt gedaan op een e-mailbericht uit december 2014 is nieuw. De zorgverzekeraar bestrijdt het bestaan van een zodanig bericht. De zorgverzekeraar heeft desgevraagd verklaard dat hij niet bekend was met de cessie van de vordering aan MCA. Bij de zorgverzekeraar is overigens geen vordering van MCA bekend.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 6.126,72 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, en of de zorgverzekeraar nalatig dan wel misleidend is geweest in zijn informatievoorziening.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen onder andere wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)

8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is voorts bepaald wat de gevolgen zijn indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. De betreffende passage luidt:

"Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dan vergoedt Anderzorg de kosten tot een maximumbedrag. Anderzorg vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Anderzorg gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Op onze website www.anderzorg.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht."

- 8.5. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat een knie-operatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enerzijds de hoogte van de door de zorgverzekeraar verleende vergoeding en anderzijds of de zorgverzekeraar nalatig dan wel misleidend is geweest in zijn informatievoorziening. Met betrekking tot het eerste deel van het verzoek merkt de commissie op dat ter zitting door verzoeker is verklaard dat de vordering op de zorgverzekeraar door hem is gecedeerd aan MCA, waarbij MCA verzoeker heeft gevrijwaard voor verdere claims. Hij heeft daarom geen belang meer bij beantwoording van de vraag of de hoogte van de vergoeding door de ziektekostenverzekeraar juist is vastgesteld. Ten aanzien van de eventuele claim van MCA op de zorgverzekeraar is de commissie, gelet op hetgeen hierover in het reglement is bepaald, niet bevoegd.
Wat betreft het tweede deel van het verzoek is wel sprake van voldoende belang. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.

Informatievoorziening door de zorgverzekeraar

- 9.2. Anders dan verzoeker veronderstelt, is de zorgverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 6:234 lid 2 BW, niet gehouden zijn verzekerden met ingang van een nieuw kalenderjaar de volledige voorwaarden van de zorgverzekering toe te zenden. Het volstaat indien deze langs elektronische weg beschikbaar worden gesteld, hetgeen naar de - door verzoeker niet betwiste - stellingen van de zorgverzekeraar is gebeurd. Tevens is door verzoeker ter zitting verklaard dat hij een welkomstbrief van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, waarin een verwijzing naar de (elektronisch beschikbare) verzekeringsvoorwaarden was opgenomen. Indien hierom door verzoeker was gevraagd, was de zorgverzekeraar echter wel verplicht hem de betreffende voorwaarden alsnog per gewone post te sturen. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker hierom heeft verzocht en dat de zorgverzekeraar hem zulks heeft geweigerd.
Verzoeker heeft voorts gesteld dat op het polisblad een verwijzing naar de voorwaarden moet zijn opgenomen. Hij heeft echter niet onderbouwd waarop hij dit baseert, zodat deze stelling moet worden gepasseerd. Overigens is op het polisblad onder 'Product' vermeld dat het de verzekering Basis betreft.

- 9.3. Verzoeker heeft verder aanvankelijk aangevoerd dat hij uit een e-mailbericht van de zorgverzekeraar van 28 december 2015 heeft begrepen dat hij recht heeft op vrije artskeuze. Dienaangaande overweegt de commissie dat verzoeker heeft gekozen voor een naturapolis. Uitgangspunt bij een naturaverzekering is dat gebruik wordt gemaakt van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg. Verzoeker mocht hiermee bekend worden verondersteld, aangezien door hem ter zitting is verklaard dat hij de keuze had tussen drie producten en hij, bij raadpleging van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, had kunnen vaststellen dat de door hem gekozen verzekering Basis een naturaverzekering is. Voor zover bij verzoeker onduidelijkheid bestond over het naturakarakter van de verzekering en de gevolgen van de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is door de zorgverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat verzoeker voorafgaand aan de ingreep bij het MCA telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar, bij welke gelegenheid hem is verteld dat hij niet méér vergoed krijgt dan 75 percent van het marktconforme tarief. De commissie concludeert op basis van het voorgaande dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat de zorgverzekeraar nalatig dan wel misleidend is geweest in zijn informatievoorziening. Met betrekking tot het door verzoeker ter zitting aangehaalde e-mailbericht uit 2014, geldt dat het bestaan hiervan door de zorgverzekeraar is bestreden, terwijl het stuk niet door verzoeker is overgelegd. Deze stelling kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester