

Behandelingsovereenkomst en medische aansprakelijkheid

151

Verzekerde met budgetpolis dient zelf na te gaan of het ziekenhuis een contract heeft met zijn zorgverzekeraar

Geschillencommissie Ziekenhuizen
26 juni 2019, nr. 122800
(mr. Van Gameren (voorzitter), Van Bergen, mr. Gevaerts (leden), mr. Hartong van Ark (plv. secretaris))
Noot mr. A.B.J. Keijzer

Geneeskundige zorg. Budgetpolis. Declaratienota ziekenhuis. Informatieverplichting ziekenhuis.

[Wmg art. 38, 39; Beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (TH/BR-012) art. 4]

Ziekenhuis brengt een deel van factuur bij cliënt in rekening, omdat de zorgverzekeraar dit bedrag niet wil vergoeden. Dit omdat het ziekenhuis met deze zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten voor wat betreft de budgetpolis van cliënt. Cliënt verzoekt kwijtschelding van de factuur. De commissie oordeelt dat op de cliënt de verantwoordelijkheid rust om voorafgaand aan de behandeling te verifiëren of het ziekenhuis met zijn zorgverzekeraar een contract voor deze behandeling heeft afgesloten. Door het afsluiten van een budgetpolis tegen een lagere verzekeringspremie heeft hij er immers voor gekozen dat bepaalde medische behandelingen slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen door de zorgverzekeraar worden vergoed. De cliënt mag verondersteld worden van de polisvoorwaarden kennis te hebben genomen, waarin dit uitdrukkelijk staat vermeld. Het ziekenhuis heeft voldaan aan zijn verplichtingen door op zijn website expliciet te vermelden dat de zorgverzekeraar Zekur uitsluitend spoedeisende zorg vergoedt. De patiënt had de website van het ziekenhuis vooraf kunnen raadplegen en

bij onduidelijkheid zijn zorgverzekeraar kunnen aanspreken. Dat cliënt niet vooraf heeft geïnformeerd of zijn behandeling door zijn zorgverzekeraar zou worden vergoed, kan het ziekenhuis niet worden tegengeworpen. De commissie verklaart de klacht ongegrond.

[Cliënt] te Helmond,
gemachtigde: [naam],
tegen
Stichting Elkerliek Ziekenhuis te Helmond,
verder te noemen: het ziekenhuis.

Behandeling van het geschil
(...; red.)

Onderwerp van het geschil
Het geschil betreft een declaratienota van het ziekenhuis.

Standpunt van de cliënt
Het standpunt van de cliënt luidt in hoofdzaak als volgt.

Cliënt heeft een hersteloperatie aan zijn schouder ondergaan waarvoor het ziekenhuis hem een bedrag van € 1.890,= in rekening heeft gebracht, daar de zorgverzekeraar dit bedrag niet wil vergoeden. Dit omdat het ziekenhuis met deze zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten. Cliënt verwijt het ziekenhuis dat hij niet is geïnformeerd over het feit dat de behandeling niet zou worden vergoed en wat de kosten van de behandeling zouden zijn.

Cliënt verwijst in dit verband naar de Wet marktordening Gezondheidszorg (verder: WMG) en de beleidsregel TH/BR-12. Hierdoor is hem de mogelijkheid ontnomen om de medische ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren waarmee zijn zorgverzekeraar wél een contract heeft afgesloten. Ter zitting heeft de gemachtigde aangevoerd dat cliënt een week voor ontvangst van de rekening een brief van het ziekenhuis heeft ontvangen waarin is meegedeeld dat voor budgetpolishouders bepaalde zorg niet wordt vergoed. Bij de eerste afspraak in het ziekenhuis is hierover niet gesproken. De zorgverzekeraar heeft een groot deel van de behandeling betaald, maar weigert het resterende bedrag van € 1.890,= te vergoeden.

Cliënt heeft er niet bij stilgestaan dat de mogelijkheid bestond dat de medische behandeling niet zou worden vergoed. Hij heeft inmiddels een an-

dere verzekering afgesloten. Cliënt verzoekt kwijtschelding van de factuur.

Standpunt van het ziekenhuis

Het ziekenhuis heeft bij brief van 10 mei 2019 verweer gevoerd tegen de klacht van cliënt. De commissie verwijst korthedshalve naar de inhoud van deze brief.

Het ziekenhuis hanteert het beleid dat individuele zorgverleners geen uitspraken richting patiënten doen over eventuele vergoedingen en kosten. Op de website van het ziekenhuis staat alle informatie over de gemaakte afspraken met de zorgverzekeraars. Het is de verantwoordelijkheid van de patiënten om te controleren of de gevraagde zorg door de desbetreffende zorgverzekeraar wordt vergoed.

Vanwege het grote aantal patiënten met een budgetpolis, de vele vragen die zijn binnengekomen bij de zorgadministratie en het feit dat ook voor 2019 geen uitgebreid contract met aanbieders van budgetpolissen zou worden gesloten, heeft het ziekenhuis eind 2018 de bij hen bekende patiënten met een budgetpolis een brief gestuurd waarin is gewezen op de mogelijke gevolgen van het hebben van zo'n polis. Dit ter aanvulling op de informatie die al op de website staat vermeld.

De cliënt verzoekt de commissie de in rekening gebrachte zorgkosten kwijt te schelden. Het ziekenhuis is echter van mening dat dit niet aan de orde kan zijn. De cliënt heeft een eigen verantwoordelijkheid in deze. Indien een cliënt een keuze maakt voor een budgetpolis, moet hij ook letten op de consequentie die deze keuze met zich mee kan brengen.

Op de website van het ziekenhuis staat vermeld dat de zorgverzekeraar Zekur uitsluitend spoedeisende zorg vergoedt.

Beoordeling van het geschil

De commissie overweegt op grond van de door partijen overgelegde stukken en hetgeen door hen tijdens de mondelinge behandeling naar voren is gebracht, het volgende.

De commissie overweegt in de eerste plaats dat de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) niet voorziet in een verplichting tot het verstrekken van informatie over de gehanteerde tarieven van verzekerde (basis)zorg door de ziekenhuizen aan patiënten.

Ingevolge artikel 38 en 39 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Neder-

landse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vastgesteld met betrekking tot de informatieverplichting van zorgaanbieders.

Ingevolge artikel 4 van de beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (TH/BR-012) zijn zorgaanbieders verplicht tijdig voorlichting te geven over tarieven wanneer deze rechtstreeks met de consument worden verrekend en/of wanneer de consument daarom vraagt.

De commissie stelt vast dat de behandeling die de cliënt heeft ondergaan, valt onder de basiszorg die door een zorgverzekeraar wordt vergoed mits deze hiervoor een contract met het ziekenhuis heeft afgesloten. In verband met het ontbreken van een contract met het ziekenhuis is slechts 80% van de kosten van de behandeling door de zorgverzekeraar Zekur vergoed. Het resterende bedrag van € 1.890,- is vervolgens door het ziekenhuis bij de cliënt in rekening gebracht.

Naar het oordeel van de commissie berust bij de cliënt de verantwoordelijkheid om voorafgaande aan de behandeling te verifiëren of het ziekenhuis met zijn zorgverzekeraar een contract voor deze behandeling heeft afgesloten. Door het afsluiten van een budgetpolis tegen een lagere verzekeringspremie heeft hij er immers voor gekozen dat bepaalde medische behandelingen slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen door de zorgverzekeraar worden vergoed. In de polisvoorwaarden is dit uitdrukkelijk vermeld. De cliënt mag verondersteld worden hiervan kennis te hebben genomen.

Verder overweegt de commissie dat cliënt via de website van het ziekenhuis vooraf informatie had kunnen krijgen over de contractuele relatie tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar Zekur en dat hij bij onduidelijkheid zijn zorgverzekeraar had kunnen aanspreken. Naar het oordeel van de commissie heeft het ziekenhuis voldoende aanneemelijk gemaakt dat op de website van het ziekenhuis stond vermeld dat de zorgverzekeraar Zekur uitsluitend spoedeisende zorg vergoedt. Dat cliënt niet vooraf heeft geïnformeerd of zijn behandeling door zijn zorgverzekeraar zou worden vergoed, kan het ziekenhuis niet worden tegengeworpen.

Ten slotte overweegt de commissie dat de zorgaanbieder heeft voldaan aan het gestelde in artikel 4 van de beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders door op zijn website expliciet te vermelden met welke zorgverzekeraars een contract was afgesloten en met welke niet.

De commissie is van oordeel dat de klacht van cliënt ongegrond moet worden verklaard. De vordering om de in rekening gebrachte zorgkosten kwijt te schelden, zal worden afgewezen.

Beslissing

De commissie verklaart de klacht ongegrond en wijst het door de cliënt verlangde af.

NOOT

In de kern gaat dit geschil over de vraag hoe ver de verplichting van de zorgaanbieder strekt om een patiënt te informeren over het feit dat de behandeling niet volledig zou worden vergoed, en in hoeverre de patiënt hierin een eigen verantwoordelijkheid heeft.

De patiënt is verzekerd via een zogenaamde 'budgetpolis'. De NZa spreekt over 'polissen met beperkende voorwaarden'. Deze beperkingen kunnen onder meer zijn gelegen in een beperkte keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders (selectieve inkoop), een lagere vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg en/of de eis dat verzekerden bepaalde zaken online regelen (NZa, *Rapport Zorginkoop voor polissen met beperkende voorwaarden*, 28 februari 2017).

De patiënt verwijt de zorgaanbieder dat hij niet is geïnformeerd over het feit dat de behandeling niet zou worden vergoed, en wat de kosten van de behandeling zouden zijn. Omdat de zorgaanbieder met deze zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten voor wat betreft de budgetpolis van de patiënt, brengt de zorgaanbieder een deel van de factuur bij de patiënt zelf in rekening. De commissie oordeelt dat bij de patiënt de verantwoordelijkheid rust om voorafgaand aan de behandeling te verifiëren of de zorgaanbieder met zijn zorgverzekeraar een contract voor deze behandeling heeft afgesloten. Door het afsluiten van de budgetpolis tegen een lagere verzekeringspremie heeft hij er immers voor gekozen dat bepaalde medische behandelingen slechts in een bepaald aantal ziekenhuizen door de zorgverzekeraar worden vergoed. In de polisvoorwaarden is dit uitdrukkelijk vermeld. Verondersteld mag worden dat de patiënt hiervan kennis heeft genomen. De vorderingen van de patiënt worden dan ook afgewezen.

Daarmee is niet gezegd dat de zorgaanbieder geen informatieverplichtingen jegens de patiënt

heeft. De commissie oordeelt dat deze verplichtingen niet voortvloeien uit de geneeskundige behandelovereenkomst. Dit is een terechte conclusie. Het recht op informatie is in art. 7:448 BW neergelegd. Dit artikel ziet op de informatieplicht van de zorgaanbieder met betrekking tot de gezondheid en behandeling van de patiënt. In lid 2 van dit artikel is omschreven dat de hulpverlener zich bij het verstrekken van informatie moet laten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van (i) de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen, (ii) de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt, (iii) andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen en (iv) de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.

Een informatieplicht ten aanzien van de kosten van een behandeling of de verzekeringstechnische aspecten in verband met die kosten valt uit dit wetsartikel niet af te leiden.

Art. 38 lid 1 Wmg is de 'administratieve pendant' van art. 7:448 BW. Deze bepaling stelt eisen aan de informatie die de zorgaanbieder bij het aangaan van een geneeskundige behandelingsovereenkomst over de inhoud van de (voorgenomen) geneeskundige behandeling moet verstrekken. Zorgaanbieders moeten hun patiënten op patiëntniveau tijdig en zorgvuldig informeren omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

In de praktijk zal dit lang niet altijd gebeuren. Enerzijds zal dit praktisch lastig uit zijn te voeren, en anderzijds is ook lang niet altijd op voorhand duidelijk welke zorgprestatie precies geleverd zal gaan worden. Dit speelt bijvoorbeeld in de medisch specialistische zorg, waar de te in rekening te brengen zorgprestatie (DBC-zorgproduct) achteraf wordt bepaald aan de hand van de combinatie van zorgactiviteiten die aan de patiënt in een bepaalde periode geleverd zijn.

Art. 38 lid 4 Wmg verplicht zorgaanbieders om informatie openbaar te maken met het oog op de transparantie van de markt, zodat consumenten een weloverwogen keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken. Het betreft informatie over de eigenschappen van de aangeboden prestaties en diensten waaronder in ieder geval de tarieven en de kwaliteit. De informatie moet op zodanige wijze

ze openbaar worden gemaakt dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Ingevolge art. 38 lid 3 en 7 Wmg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels vastgesteld met betrekking tot de informatieverplichting van zorgaanbieders.

Art. 4 van de beleidsregel *Transparantie Zorgaanbieders* met kenmerk TH/BR-012 verplicht zorgaanbieders tijdig voorlichting te geven over tarieven wanneer deze rechtstreeks met de consument worden verrekend en/of wanneer de consument daarom vraagt.

In voorliggende casus overweegt de commissie dat de zorgaanbieder heeft voldaan aan het gestelde in art. 4 van de beleidsregel *Transparantie Zorgaanbieders* 'door op zijn website expliciet te vermelden met welke zorgverzekeraars een contract was afgesloten en met welke niet'.

Bij de beoordeling of een zorgaanbieder voldoet aan art. 4 van de beleidsregel *Transparantie Zorgaanbieders*, is het voor de commissie niet van belang of de zorgaanbieder de patiënt al dan niet op individueel niveau geïnformeerd heeft over de vergoeding van zijn behandeling.

Hieruit volgt dat de commissie van oordeel is dat een zorgaanbieder niet verplicht is om van iedere patiënt actief na te gaan wat voor soort polis de patiënt precies heeft en wat de dekking is. Het ten algemene adviseren over de contracten met zorgverzekeraars lijkt voldoende voor een zorgaanbieder om te voldoen aan zijn informatieverplichting zoals opgenomen in art. 4 van de beleidsregel *Transparantie Zorgaanbieders*.

De uitleg van de commissie strookt met de formulering van art. 38 Wmg. Art. 38 lid 1 Wmg ziet enkel op het informeren van de patiënt over de totale hoogte van de door de zorgaanbieder in rekening te brengen kosten. Een verplichting voor de zorgaanbieder om de patiënt te informeren over de hoogte van de vergoeding die de patiënt van zijn zorgverzekeraar ontvangt kan hierin niet worden gelezen.

Overigens zou in art. 38 lid 4 Wmg wel kunnen worden gelezen dat een zorgaanbieder verplicht is openbaar te maken met welke verzekeraars de zorgaanbieder al dan niet een contract heeft afgesloten.

Opvallend is dat de commissie niet toetst aan art. 5 lid 4 van de beleidsregel *Transparantie Zorgaanbieders*. In dit artikel is opgenomen dat zorgaanbieders 'verplicht zijn aan te geven, voor zover daar sprake van is, welke producten en

diensten niet onder de verzekerde aanspraak vallen'. In de toelichting is opgenomen dat als een zorgaanbieder niet gecontracteerd is door de zorgverzekeraar van de patiënt, de zorgaanbieder hem daarop zal moeten wijzen, en daarbij moet aangeven dat dit kan betekenen dat de patiënt een deel van de behandeling zelf moet betalen, dan wel een beperkte vergoeding krijgt. Mogelijk betwijfelt de commissie of art. 5 lid 4 van bovengenoemde beleidsregel door art. 38 Wmg kan worden gedragen.

Vorig jaar speelde een soortgelijke casus tussen Zilveren Kruis en enkele ziekenhuizen (Rb. Den Haag 6 juni 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:6611). De rechtbank oordeelde dat art. 38 Wmg gelezen in samenhang met art. 5 van de beleidsregel *Transparantie Zorgaanbieders* met kenmerk TH/BR-012 in de gegeven omstandigheden niet zo kon worden uitgelegd dat zorgaanbieders aan patiënten ook informatie moeten verstrekken over de vraag of de patiënt – als gevolg van de door hem afgesloten zorgverzekering – een deel van de behandeling zelf zal moeten betalen.

De rechtbank achtte daarbij relevant dat zorgaanbieders de informatie over de kosten van de behandeling niet aan individuele patiënten hoeven te verstrekken 'als de zorgaanbieder door de verzekeraars onvoldoende geëquipeerd is om de informatie gemakkelijk te traceren.' Ook overwoog de rechter dat de NZa beleidsregel was opgesteld in een tijd waarin met name 'reguliere' naturapolissen worden aangeboden, en het eenvoudig na te gaan was bij welke zorgverzekeraar een patiënt verzekerd was.

Onder deze omstandigheden kon van ziekenhuizen niet worden verwacht dat zij aan de patiënt een 'advies op maat' moest verstrekken. Een zorgaanbieder hoefde niet na te gaan welke polis de verzekerde precies had, om aan zijn informatieverplichting te kunnen voldoen.

Naar aanleiding van de uitspraak in 2016 heeft de NZa een persbericht (*NZa*, 'Zorgaanbieders horen patiënten te informeren over kosten behandeling', 22 juni 2018) gepubliceerd. De toezichthouder merkt hierin op dat de uitspraak over de situatie in 2014-2015 gaat. Sinds 2016 heeft VECOZO (waarin onder meer zorgverzekeraars en zorgaanbieders gegevens uitwisselen) een inblikfunctie, waarmee een zorgaanbieder kan opzoeken wat voor polis de patiënt heeft. De NZa stelt dat de zorgaanbieder ook een verantwoordelijkheid heeft en de verzekerde actief moet in-

formeren over de mogelijk zelf te betalen kosten van zijn behandeling.

In dit geschil legt de commissie art. 38 lid 1 Wmg anders uit dan de NZa.

mr. A.B.J. Keijzer
advocaat bij AKD