Knelpunten in de Zorgverzekeringswet

Mr. E. Jacobs

Inhoud

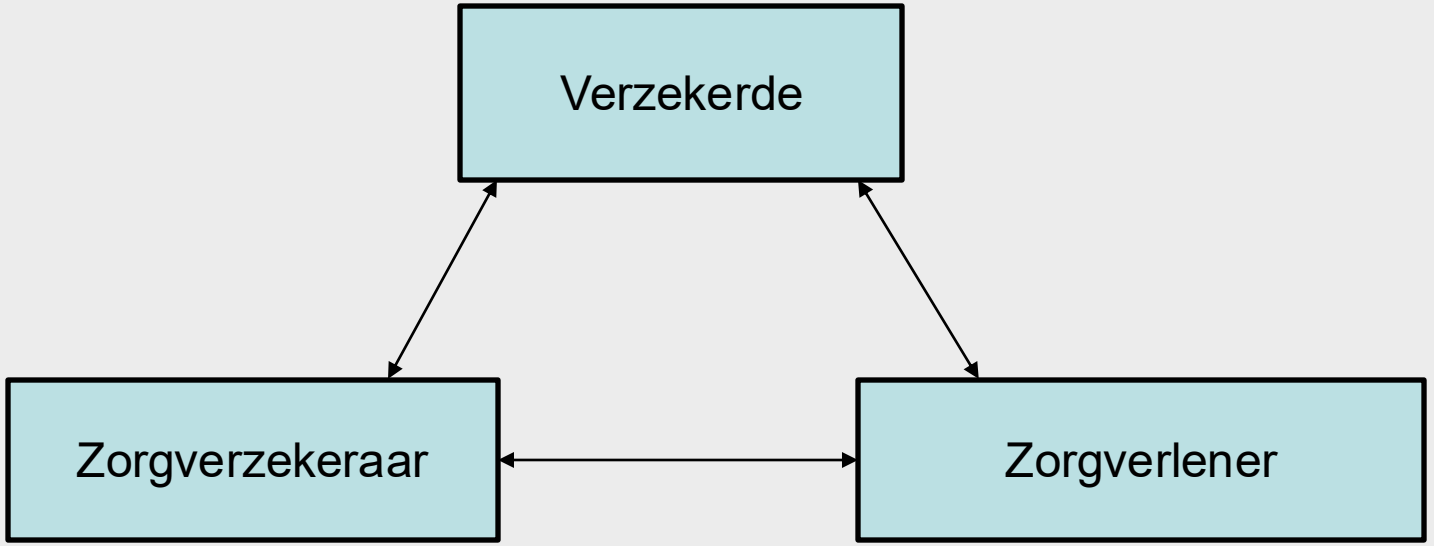
- De basisverzekering en enkele andere kenmerken
- Het verdwijnen van de restitutiepolis en de vrije artsenkeuze
- De uitzonderingen van artikel 15 Zvw (melden van schade, bereddingsplicht en eigen schuld)

Opmerking vooraf

- De conclusie van de A-G
- Veel regels Wft niet van toepassing op de zorgverzekering, vanuit Vrijstellingsregeling Wft
- Maar vanuit art. 43 lid 2 Wmg is art. 4:20 lid 1 en 2 Wft wel van toepassing voor ovk op afstand

De basisverzekering

- Hybride verzekering: privaatrechtelijke regeling in publiekrechtelijk jasje
- Zorgverzekeringswet en Titel 7.17 BW
- Belangrijk om te onthouden: het zorgverzekeringsstelsel is een driehoeksverhouding.



Verzekeringsplicht en acceptatieplicht 1

- Verplichting om zorgverzekering af te sluiten (art. 2 Zvw)
- Wlz verzekerd? Zie artikel 2.1.1 Wlz
- Verplichting om aan te nemen (art. 3 Zvw)
- Geen vragenlijst om in te vullen

De polis

- Natura, restitutie (art. 11 lid 1 Zvw), combinatie (art. 11 lid 2 Zvw)
- Enkele cijfers voor 2025 (bron: Vektis):
  - 59 verschillende polissen door 20 zorgverzekeraars aangeboden
  - Naturapolis: 78,5%
  - Restitutiepolis: wordt sinds 2025 niet meer aangeboden
  - Combinatiepolis: 21,5%
  - Aanvullende verzekering: 80,6% (al jaren een dalende trend)
- Restitutiepolis is verdwenen, wat betekent dat?

De vrije artsenkeuze

- Art. 13 Zvw
- Hinderpaalcriterium: de hoogte van het aan de verzekeringnemer in rekening gebrachte bedrag mag niet zo groot zijn dat het een feitelijke hinderpaal opwerpt om zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener
- Anders dan MvT zegt *niet* uit Europees recht (Müller/Fauré en Van Riet)
- Wel: ECLI:NL:HR:2014:1646 (CZ/Momentum) (r.o. 3.5.7 en 3.7.2) en ECLI:NL:HR:2019:853
- Nog verder uitgekristalliseerd in ECLI:NL:HR:2022:1789 en in ECLI:NL:HR:2023:1528.

ECLI:NL:HR:2014:1646 (CZ/Momentum)

- r.o. 3.5.7: Op grond van het voorgaande moet worden geconcludeerd dat art. 13 lid 1 Zvw aldus moet worden uitgelegd, dat de door de zorgverzekeraar in het geval van een naturapolis te bepalen vergoeding voor de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet zo laag mag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou vormen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden.
- r.o. 3.7.2: De door CZ aangevoerde omstandigheden (onder b) dat andere (grote) verzekeraars eveneens hun vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hebben verlaagd en (onder c) dat verzekerden van CZ niet worden belemmerd in hun keuzevrijheid omdat er een afdoende aanbod van zorgaanbieders is met wie CZ wel heeft gecontracteerd, doen niet eraan af dat verzekerden in het huidige stelsel het recht hebben om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van hun keuze te wenden en dat de vrijheid van verzekeraars om de hoogte van de korting op de vergoeding voor de kosten van deze zorg vast te stellen haar grens vindt in de eis dat dit niet de gang naar die niet-gecontracteerde zorgaanbieders mag belemmeren (het hinderpaal-criterium). Het onderdeel bestrijdt niet dat een vergoeding van 50% als zodanig een belemmering vormt voor verzekerden om niet-gecontracteerde zorg te betrekken, en evenmin dat het hof geen andere gegevens dan de genoemde praktijknorm had, waarop het een wel acceptabele vergoeding had kunnen baseren. Tegen die achtergrond, in het bijzonder in het licht van het partijdebat dat in deze kortgedingprocedure is gevoerd, is het oordeel van het hof niet onbegrijpelijk. Het onderdeel faalt derhalve.

ECLI:NL:HR:2014:1646 (CZ/Momentum)

Dus:

- Er mag geen feitelijke hinderpaal zijn om zorg te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- Een vergoeding van 75-80 lijkt een breedgedragen praktijknorm.
- Maar een lagere vergoeding kan denkbaar zijn

Bovenstaande is in latere rechtspraak verder uitgewerkt.

ECLI:NL:HR:2019:853

- r.o. 3.1.2: Art. 13 lid 1 Zvw spreekt in algemene zin van “een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding”. Voorts blijkt uit de totstandkomingsgeschiedenis van de Zvw (weergegeven in de conclusie van de Advocaat-Generaal onder 3.22 en 3.30-3.34) dat de zorgverzekeraar een grote mate van vrijheid heeft om de hoogte van de vergoeding te bepalen en daarmee in concurrentie te treden met andere zorgverzekeraars, mits hij daarbij (i) niet in strijd handelt met het (in art. 13 lid 1 Zvw besloten liggende) hinderpaalcriterium, en (ii) voor alle verzekerden die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, dezelfde berekeningswijze hanteert (art. 13 lid 4 Zvw).
- r.o. 3.1.3: De tekst van art. 13 lid 1 Zvw en de totstandkomingsgeschiedenis van de Zvw bieden dus geen steun voor de opvatting dat een zorgverzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg slechts mag verminderen met de (gemiddelde) extra (administratie)kosten die zijn gemoeid met de afwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg in kwestie. Deze opvatting zou ook afbreuk doen aan het door de wetgever gewenste stelsel van naturapolissen met een onderscheid tussen wel en niet-gecontracteerde zorg, en aan de daarmee verband houdende regierol van de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg teneinde de kosten van de gezondheidszorg te beheersen.
- r.o. 3.3.2: Indien de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zou worden bepaald door de gemiddelde minst draagkrachtige zorggebruiker als referentiesubject te aanvaarden, zou voor zorggebruikers die niet behoren tot de categorie van de minst draagkrachtige zorggebruikers, deze prikkel voor een belangrijk deel wegvallen. Daarmee zou het stelsel van de Zvw op onaanvaardbare wijze worden ondergraven. Het hof heeft dan ook terecht geoordeeld dat bij een generieke korting als de onderhavige in het kader van art. 13 lid 1 Zvw moet worden uitgegaan van de gemiddelde (‘modale’) zorggebruiker.

ECLI:NL:HR:2019:853

- Onderscheid tussen restitutie en natura is belangrijk.
- Zorgverzekeraars hoeven niet per zorgsoort een apart kortingspercentage berekenen, maar mogen een generieke korting hanteren.
- Maar niet gerekend vanaf het ongewogen gecontracteerde gemiddelde, maar ook niet NZa-tarief.
- Rekening houdend met de modale verzekerde.

ECLI:NL:HR:2022:1789

3.6.4 De vraag of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een bepaalde korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Indien op dat moment de zorgverzekeraar aan de verzekerde op grond van een hardheidsclausule ondubbelzinnig heeft toegezegd een bepaald bedrag aan hem te vergoeden dat hoger is dan het bedrag waarop op grond van de polisvoorwaarden aanspraak bestaat, moet dat feit worden betrokken bij het antwoord op de vraag of sprake is van een feitelijke hinderpaal. De vraag is dan of deze hogere vergoeding een dergelijke hinderpaal oplevert voor de gemiddelde (‘modale’) zorggebruiker.

Aan het voorgaande doet niet af dat het initiatief voor het inroepen van een hardheidsclausule doorgaans bij de verzekerde ligt en de beslissing over de toepassing van de hardheidsclausule aan de zorgverzekeraar is overgelaten.

Opmerking verdient dat de omstandigheid dat de zorgverzekeraar een hardheidsclausule heeft opgenomen in zijn polisvoorwaarden, op zichzelf niet volstaat. Het gaat erom of de zorgverzekeraar de hardheidsclausule ook daadwerkelijk toepast en daartoe op het peilmoment op grond van die clausule aan de verzekerde ondubbelzinnig heeft toegezegd een bepaald bedrag aan hem te vergoeden dat hoger is dan het bedrag waarop op grond van de polisvoorwaarden reeds aanspraak bestaat.

3.6.4 Indien op het peilmoment voor de verzekerde kenbaar is dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling (een deel van) de kosten voor de door de verzekerde ingeroepen zorg voor zijn rekening neemt, kan dat feit worden betrokken bij het antwoord op de vraag of sprake is van een feitelijke hinderpaal. De vraag is dan of de vergoeding door de zorgverzekeraar vermeerderd met het bedrag dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor zijn rekening neemt, een feitelijke hinderpaal oplevert voor de gemiddelde (‘modale’) zorggebruiker.

Vrije artsenkeuze blijft een heikel punt

- Getuige de vele uitspraken (maar neemt wel in aantal af)
- Ook van belang bij zorg over de grens, want niet gecontracteerd
- Verschillende pogingen gedaan om art. 13 Zvw aan te passen
- Maar! Is het nog wel relevant met verdwijnen van de restitutiepolis?

De uitzonderingen in artikel 15 Zvw

- Drie uitzonderingen: meldplicht bij verwezenlijken risico, bereddingsplicht, eigen schuld
- Alleen uitzonderingen, geen vervangingen

Meldplicht

- Begin bij art. 15 lid 1 Zvw
- Art. 7:941 lid 1 BW is uitgesloten: geen bekendheid met verwezenlijkte risico als startpunt
- Redelijke termijn van melden (bij restitutiepolis) of niet-gecontracteerde zorgverlener
- Wat geldt wel? Overige onderdelen van art. 7:941 BW
- Ook gevolgen voor verjaring: zie bijvoorbeeld Rechtbank Den Haag 5 juli 2017, ECLI:NL:RBDHA:2017:7492

Meldplicht

- Waarom lid 1 uitgesloten?
- Je gaat eerst naar hulpverlener, niet naar verzekeraar
- Doorgaans hulpverlener die declaratie indient bij zorgverzekeraar
- Waarom overige leden wel van toepassing?
- Belangrijkste: fraude
- Maar uitgangspunt is: volledige vergoeding

Bereddingsplicht

- Art. 7:957 BW → maatregelen nemen ter voorkoming/beperking van schade
- Uitgesloten in art. 15 lid 1 Zvw
- Terecht?
  - Beslissen wat voor behandeling ligt bij arts
  - Patiëntenrechten in WGBO: toestemmingsvereiste (art. 7:450 lid 1 BW)
  - Run op gezondheidszorg
- Buitenland: Zwitserland en Duitsland

Bereddingsplicht

- Buitenland: zie bijvoorbeeld Zwitserland en Duitsland
- Nadelen? Ja, zie SKGZ201400304
- Hoe zit het met de aanvullende verzekering?
- HR 11 september 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2701 (K & J/Oost Nederland), r.o. 3.5
- Hoe zit het met de aanvullende verzekering?

Eigen schuld

- Uitgesloten in art. 15 lid 2 Zvw.
- Uitgebreider dan opzet of roekeloosheid: ook mildere vormen uitgesloten
- Denk aan roken, slecht eten, maar ook gevaarlijke sporten.
- Wel: positieve nudge, zoals vergoeden cursus stoppen met roken.
- Onderzoek CBS: groeiend aantal verzekerden wil in sommige gevallen eigen schuld toelaten.
- Actueel: nemen van een vaccinatie? Overigens overgelaten aan lidstaten, zie Vavricka v. Tsjechië

Vragen?