ACIS 10 maart 2017 actualiteiten zorgverzekering

Jac Rinkes

- Het Republikeinse wetsvoorstel voorziet in de bijna volledige afschaffing van Obamacare, en werd opgesteld in samenspraak met de Trump-regering. De belangrijkste wijziging is dat Amerikanen niet meer verplicht verzekerd hoeven te zijn voor ziektekosten. Boetes voor onverzekerden komen te vervallen. Het nieuwe ziektekostenstelsel moet de overheid minder geld gaan kosten.

  'Het is tijd om de bladzijde om te slaan en ons gezondheidssysteem te redden van deze rampzalige wet', zei Paul Ryan, de voorzitter van het Huis, over de 'Affordable Care Act' van voormalig president Barack Obama. Die wet uit 2010, beter bekend als 'Obamacare', verplicht elke Amerikaan een ziekteverzekering af te sluiten en was voor Obama een hoogtepunt van zijn regeerperiode. Hij wilde de miljoenen Amerikanen helpen die geen zorgverzekering konden betalen en daardoor onverzekerd waren [AD 7-3-2017]

- De zorgkosten van mensen met een minimumloon zijn, zelfs bij chronisch zieken, lager dan ten tijde van het ziekenfonds. Dat blijkt uit cijfers van het ministerie van Volksgezondheid. De premie is weliswaar sindsdien enorm opgelopen, maar de zorgtoeslag - een tegemoetkoming in de kosten - steeg voor deze groep met een kleine portemonnee mee. De modale inkomens zijn daarentegen wél de klos [AD 8-3-2017]

Oudste ‘Krankenversicherung’

D. Schewe (B 2000), Geschichte der sozialen und privaten Versicherung im Mittelalter in den Gilden Europas

- 1447 Bergknappen (mijnwerkers) in Freiberg, Gildenversicherung
- Vanaf 1470 Bergleute Erzgebirge
- 1478 Zimmerer
- 1488 Böttcher (kuipers)
- Heimholung v Kranken & Toten
- Reeds vóór 1000 lokaal gilde in Cambridge
- Sterbekassen & Begräbnisriten
- Na 1336 Zürich: Krankenheitskosten und Lohnausfall von Gesellen (vooral invaliditeit)

Kernpunten van oudsher

- Risico, bijdragen, prestatie
- Financiering door bijdragen van leden, verhuur og en lijfrentes
- Eerste vermelding Krankenversorgung in einen Hospital: 1337

- Schewe p. 123: ‘Die Statuten der Gesellengilden stellten dem kranken Gesellen die Lesitungen zur Verfügung, die dem damaligen Stand des Gesundheitswesens entsprachen, zum einen die Beistandspflichten der Mitgesellen, namentlich die Pflege einschl. Nachtwachen, zum anderen, wenn nötig und möglich, die Arzt-/Badekosten, die Kosten einen Pflegering und später die Aufnahme in ein Spital ohne oder mit Verpflegung;

- ..auch der ‘Kauf’ eines Bettes in einem Spital, das für die Gesellengilde bereitgehalten wurde, gehörte im Verlauf des 15.Jahrhunderts dazu.’
- Ordonnantie smitsknechten Duderstadt vanaf 1337: ‘Weret dat he upgueme ut der krankheit so scholde he dat wedergeven von syne erste lone. Hefft he aver des nicht, so schall man öme des gelden und wasses los laten umme goddeswillen.’

- NB: niet van armoe afhankelijk, geen behoeftigheidstoets

- ‘Wird ein Geselle auf der Wanderung in der Fremde krank, so sollen seine Gilde- und Wanderbrüder bei ihm bleiben, bis sie erkennen, ob er durchkommt oder stirbt.’

- Vesalius (1545): trad vanwege slechte inkomen a/d universiteit in dienst van Karel V, ‘who ate too much, drank too much, and never listened to his doctors; he suffered from asthma, gout, and a variety of gastrointestinal disorders caused by his gluttony and intemperance; an imperial rule-breaker, an increasing source of frustration for Vesalius.’
- Nuland, Doctors – the biography of medicine, NY 1988, p. 90

Present time: actualiteiten zorgverzekering - wetgeving

- **Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met geneesmiddelentekorten**
- De consultatie [20-01-2017] gaat over een wijziging van het Besluit zorgverzekering. In het Besluit zorgverzekering wordt geregeld welke zorg er onder de dekking van de basisverzekering valt. Onder de dekking vallen aangewezen geneesmiddelen die door de apotheek worden verstrekt. Er kan zich een tijdelijk tekort voordoen van die geneesmiddelen. Sommige tekorten kunnen worden opgevangen door niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen te importeren.

- **3. Wat is het probleem?**
- Het Besluit zorgverzekering bevat geen mogelijkheid om niet in Nederland geregistreerde, geïmporteerde geneesmiddelen te vergoeden uit de basisverzekering, tenzij deze zijn bedoeld voor zogenaamde weesaandoeningen (die bij minder dan 1 op de 150.000 inwoners voorkomen). In uitzonderlijke gevallen waarbij import en vergoeding nodig is om een geneesmiddelentekort op te vangen, gaat het echter meestal niet om weesgeneesmiddelen. Als het middel niet uit de basisverzekering vergoed mag worden, komen de kosten bij patiënten, apothekers en/of zorgverzekeraars terecht, terwijl het geneesmiddel waar een tekort aan is, wel vergoed zou worden uit de basisverzekering.
- **4. Wat is het doel?**
- Het doel van het besluit is dat bij bepaalde geneesmiddelentekorten het vervangende geneesmiddel dat niet in Nederland is geregistreerd, ook vergoed mag worden uit de basisverzekering. Soms kan daarmee een geneesmiddelentekort worden opgevangen.

- **Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 december 2016, kenmerk 1053561-158641-Z, houdende wijziging van het Regeling zorgverzekering in verband met het Zvw-pgb**

- **§ 1.4a Zvw-pgb**
- **Artikel 2.29a**
- 1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit **zorgverzekering**.
- 2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit **zorgverzekering**.
- 3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
- 4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

- **Gegijzeld in de wanbetalersregeling zorgverzekering**
- Bron: André Moerman
- 12/02/2017
- ***In 2009 is de zogenaamde wanbetalersregeling zorgverzekering ingevoerd. Bij 6 maanden premieachterstand neemt het CAK de premie-inning over. Vanaf dat moment ben je voor straf een hoge bestuursrechtelijke premie verschuldigd (2017: € 134,38). Tot voor kort kon je alleen uit deze regeling komen wanneer je alle schulden aan de zorgverzekeraar hebt betaald of na toelating schuldhulpverlening of WSNP. Voor velen een uitzichtloze situatie. Vanaf 1 juli 2016 zijn er extra uitstroommogelijkheden bijgekomen. Maar werken die ook?***

- **Betalingsregeling**
  Per 1 juli 2016 is in de Zorgverzekeringswet het treffen van een betalingsregeling als extra uitstroomreden opgenomen. De onderliggende gedachte is dat als je geen bestuursrechtelijke premie meer verschuldigd bent en weer ‘gewone premie’ aan de zorgverzekeraar gaat betalen, het verschil in premie gebruikt kan worden om aan de zorgverzekeraar af te lossen.
  In de wet staan echter geen aflosbedragen genoemd. In de praktijk komt het dan ook voor dat ze zorgverzekeraar alleen akkoord wil gaan met een betalingsregeling wanneer de hele schuld in drie jaar wordt afgelost, ook al komt men onder de beslagvrije voet. Dit is in strijd met de bedoeling van de wetgever en sluit groepen uit.
  Normaal gesproken hoeft een schuldeiser niet in te stemmen met een betalingsregeling en kan ze de vordering in z’n geheel opeisen. De zorgverzekeraar is echter met deze wetswijziging geen ‘normale schuldeiser’ meer.

- **Loonbeslag**
  Een ander knelpunt betreft de situatie dat men geen betalingsregeling kan treffen omdat er al loonbeslag is gelegd. Er is dan geen ruimte voor een betalingsregeling. Weliswaar is er na het treffen van de betalingsregeling een lagere premie verschuldigd. Deze lagere premie heeft bij loonbeslag echter tot gevolg dat de beslagvrije voet ook omlaag gaat en er via loonbeslag meer aan de schuldeisers wordt afgedragen. Er ontstaat dus geen extra aflossingsruimte.
  Tijdens de parlementaire behandeling is een amendement ingediend om het aflossen aan de zorgverzekeraar via loonbeslag ook als uitstroomreden te laten gelden. Dit amendement is helaas niet aangenomen.

- **Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 december 2016, kenmerk 1065663-159317-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de wanbetalersbijdrage ten behoeve van zorgverzekeraars**
- Artikel 6.5.4 van de Regeling **zorgverzekering** komt te luiden:
- **Artikel 6.5.4**
- 1. Het CAK kent de zorgverzekeraar voor iedere **zorgverzekering** ter zake waarvan hij aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 34a, eerste en tweede lid, van de Zorgverzekeringswet heeft voldaan, een bijdrage toe.

- 3. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar aantoonbaar in voldoende mate de volgende inspanningen tot inning van de premie en medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de **zorgverzekering** voortvloeiende schuld heeft geleverd:
  - a. inspanningen gericht op het innen van de premie alsmede op het zoveel mogelijk voorkomen en het zo snel mogelijk beëindigen van een achterstand in de betaling van de premie door:
    - 1°. persoonlijk contact op te nemen met de verzekeringnemer teneinde deze te wijzen op mogelijkheden om een achterstand in de betaling van de premie te voorkomen en te beëindigen;
    - 2°. de verzekeringnemer die in verzuim verkeert tot nakoming van de betalingsregeling, bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet op diens verzoek eenmalig in staat te stellen dit verzuim te herstellen;
  - b. het treffen of laten treffen van maatregelen tot inning en incasso van de premie die, indien van toepassing blijkens een rapportage van de derde die de maatregelen treft, betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden;
  - c. het instemmen met betalingsregelingen en schuldsanering die ten minste in overeenstemming zijn met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren gehanteerde richtlijnen;
- ……Stcrt 2016
- 69126

- **34 575 Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag in verband met enkele inhoudelijke en technische verbeteringen (Verzamelwet Zvw 2016)**
  A GEWIJZIGD VOORSTEL VAN WET
  23 februari 2017

- 24 februari 2017 Betreft Collectiviteiten Geachte voorzitter,
- Tijdens het AO Zorgverzekeringswet van 5 oktober 2016 heb ik u toegezegd u voor 1 maart 2017 te informeren over mogelijkheden om meer uit collectiviteiten te halen dan nu het geval is. In deze brief informeer ik u over de resultaten van de werkconferentie voor best-practices en de verzoeken die ik bij de NZa heb neergelegd.
- *De beleidstheorie en de realisatie 10 jaar later*
- In 2016 zijn er twee onderzoeken gepubliceerd over collectiviteiten1. Op 28 september 2016 heb ik u mijn reactie daarop gestuurd (Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 770) en de resultaten afgezet tegen de oorspronkelijke gedachte achter collectiviteiten. Het idee was dat een groep verzekerden krachten kan bundelen en daarmee succesvoller is om gezamenlijk countervailing power te vormen tegenover een zorgverzekeraar. Dit zou moeten leiden tot meer gerichte zorginkoop en zorgverlening, minder schadelast en minder administratieve lasten. De besparing die hiermee wordt gegenereerd kan worden teruggegeven aan de verzekerde in de vorm van collectiviteitskorting, met een maximum van 10%. Het was nadrukkelijk niet de bedoeling dat de korting zou worden opgebracht door andere verzekerden, oftewel dat er sprake zou zijn van kruissubsidiëring.

- *Wet- en regelgeving*
- Afhankelijk van de uitkomsten van het NZa onderzoek, is het aanpassen van wet- en regelgeving mogelijk gewenst om voorwaarden te stellen aan collectiviteiten. De belangrijkste kenmerken van collectiviteiten zijn vastgelegd in de Zvw (artikel 18) en deze biedt de mogelijkheid bij AMvB nadere en zonodig afwijkende regels te stellen om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het karakter van de zorgverzekering. Bij het aanpassen van wet- en regelgeving dient wel rekening gehouden te worden met nationale en Europese kaders.
- Ik zal mede op basis van de uitkomsten van het NZa onderzoek bezien of nadere regels gesteld moeten worden.
- Minister VWS

- **Stbld 2016 328**
- **Besluit van 2 september 2016, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage over het jaar 2017**

- 21 december 2016 Kamervragen
- Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) over de ontwikkeling van een nieuwe zorgverzekering voor ouderen. (2016Z22770)
- 1
- Wat is uw reactie op het bericht dat zorgverzekeraar VGZ, samen met het Nationaal Ouderenfonds en de Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO), een nieuwe zorgverzekering speciaal voor ouderen heeft ontwikkeld? Is dit een nieuwe zorgverzekeraar of een collectieve polis?

- 6 Denkt u dat steeds verdere differentiatie van zorgverzekeringen de solidariteit kan ondergraven? Kunt u uw antwoord toelichten?
- Verzekerden hebben uiteenlopende zorgbehoeften en voorkeuren. Doordat zorgverzekeraars inspelen op de specifieke wensen van groepen verzekerden ontstaat differentiatie op de zorgverzekeringsmarkt. Verzekerden hebben hierdoor de mogelijkheid de verzekering te kiezen die (bijvoorbeeld qua dienstverlening) daadwerkelijk aansluit op hun voorkeuren. Wel acht ik het van belang dat zorgverzekeraars kritisch blijven kijken naar de toegevoegde waarde die nieuwe polissen te bieden hebben voor de verzekerden. Want een groter polisaanbod bemoeilijkt ook het keuzeproces. Daarnaast is het van belang dat alle verzekerden de mogelijkheid hebben iedere gewenste polis af te sluiten. Ter bescherming van de solidariteit zijn zorgverzekeraars immers gebonden aan een acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie.
- Recent onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wijst uit dat op concernniveau vaak sprake is van een herallocatie van middelen: zorgverzekeraars zetten een deel van hun winstgevende polissen in om premiestijgingen van verliesgevende polissen te beperken. Deze overdrachten dragen bij aan de solidariteit op de zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nummer 769).

- **34 522 Voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Bouwmeester houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars**
- **Nr. 13 AMENDEMENT VAN HET LID VOORTMAN TER VERVANGING VAN DAT GEDRUKT ONDER NR. 12**
- Ontvangen 25 januari 2017
- **Artikel 88b**
- 1. Onverminderd artikel 88a, eerste lid, kan de zorgautoriteit een zorgverzekeraar voor bepaalde tijd een verbod opleggen om **zorgverzekeringen** aan te bieden bij overtreding van de voorschriften gesteld bij of krachtens artikel 28a van de Zorgverzekeringswet.

Actualiteiten zorgverzekering - rechtspraak

HR 24-02-2017, ECLI:NL:HR:2017:306

- De hoofdzaak van deze procedure betreft een geschil tussen zorgverzekeraar Menzis en haar verzekerde, verweerster over de vraag of de behandeling volgens de zogeheten PTED-methode deel uitmaakt van de stand van wetenschap en praktijk als bedoeld in art. 2.1 lid 2 Besluit zorgverzekering en daarom op grond van art. 11 Zorgverzekeringswet door Menzis aan verweerster vergoed dient te worden, zoals verweerster vordert. Het hof heeft deze vraag bevestigend beantwoord en de vordering van verweerster toegewezen, waartegen het middel van Menzis zich keert. Het Zorginstituut en de Staat vorderen zich in dit geding in cassatie te mogen voegen aan de zijde van Menzis.
- Rechtsvraag
- Mogen het Zorginstituut en de Staat zich voegen in een procedure tussen Menzis en haar verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet?

- Gelet op zijn wettelijke taak heeft het Zorginstituut belang bij voeging. Het Zorginstituut beheert het Zorgverzekeringsfonds (art. 40 Zvw), is onder meer belast met het bevorderen van de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van het verzekerd pakket (art. 64 lid 1 Zvw) en adviseert de minister daarover (art. 66 Zvw). Toewijzing van de vordering kan het beleid van het Zorginstituut met betrekking tot de uitvoering van zijn wettelijke taak doorkruisen, met name ten aanzien van de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van het verzekerd pakket. Een ongunstige uitkomst van de hoofdzaak voor Menzis kan dus gevolgen voor het Zorginstituut hebben. De vordering van het Zorginstituut is derhalve toewijsbaar. De Staat heeft niet voldoende onderbouwd dat hij het vereiste belang heeft bij voeging. Hij heeft niet duidelijk gemaakt dat en waarom de toe- dan wel afwijzing van de vordering tegen Menzis als zorgverzekeraar of het gezag van gewijsde van de uitspraak in de hoofdzaak feitelijke of juridische gevolgen voor hem heeft in verband met de door hem ingeroepen verantwoordelijkheid dan wel financiering. De Hoge Raad laat het Zorginstituut toe zich te voegen aan de zijde van Menzis en wijst de vordering tot voeging van de Staat af.

ECLI:NL:CRVB:2016:4182

- Opleggen boete. Betrokkene heeft niet voldaan aan de aanmaning om binnen de gestelde termijn alsnog een **zorgverzekering** af te sluiten. In wat betrokkene naar voren heeft gebracht, ziet de Raad geen aanleiding voor het oordeel dat het Zorginstituut een lagere boete had moeten opleggen.

USZ 2016/430 CRvB, 02-11-2016, 15/5548 ZVW, ECLI:NL:CRVB: 2016:4182Boete wegens niet afsluiten van zorgverzekering

- Het Zorginstituut was op grond van art. 9b lid 1 Zvw gehouden betrokkene een boete op te leggen. Uit art. 5:41 Awb vloeit niettemin voort dat geen bestuurlijke boete wordt opgelegd voor zover de overtreding niet aan de overtreder kan worden verweten. Als iemand geen uitdrukkelijk beroep doet op het ontbreken van verwijtbaarheid, dient het bestuursorgaan de zich voordoende feitelijke omstandigheden en wat iemand aanvoert tegen een boeteoplegging ruimhartig en, indien van toepassing, naar de strekking op te vatten en, zo nodig, uit eigener beweging te kwalificeren als een beroep op het ontbreken van verwijtbaarheid. In het bezwaarschrift valt geen beroep op het ontbreken van verwijtbaarheid te lezen. Gelet hierop was er van het Zorginstituut bij het nemen van het bestreden besluit geen reden om zich te beraden op de verwijtbaarheid. Eerst in beroep heeft betrokkene aangevoerd dat het Zorginstituut een onjuiste opvatting heeft en dat betrokkene in de Zvw niet heeft kunnen vinden dat hij verplicht is om een Nederlandse verzekering te hebben. Deze beroepsgrond moet worden opgevat als een beroep op het ontbreken van verwijtbaarheid.
- Dat in de aanmaning ten onrechte een ‘Nederlandse **zorgverzekering**’ in plaats van een ‘**zorgverzekering** in de zin van de Zvw’ staat, doet niet af aan de verwijtbaarheid van het niet (tijdig) afsluiten van een **zorgverzekering** in de zin van de Zvw.

ECLI:NL:CRVB:2016:4608

- Intrekken na opschorten. Verwijtbaar niet ingeleverde polis blad **zorgverzekering** en niet verschijnen gesprek.

ECLI:NL:CRVB:2016:1021

- Boete. Appellant is verplicht om een **zorgverzekering** af te sluiten. Nationale regeling. De Raad verwijst naar ECLI:NL:CRVB: 2012:BY5567

ECLI:NL:CRVB:2016:4097

- Aan appellant is op goede gronden een boete opgelegd, omdat hij na het verstrijken van de periode van drie maanden nog geen **zorgverzekering** had afgesloten. Geen aanleiding voor het oordeel dat de beboete gedraging niet aan appellant zou kunnen worden verweten. Niet aannemelijk gemaakt dat er sprake is van bijzondere omstandigheden in de zin van artikel 5:46, derde lid, van de Awb op grond waarvan het Zorginstituut een lagere boete had moeten vaststellen.

ECLI:NL:CRVB:2017:613

- Aanwezigheid dringende redenen zoals bedoeld in art. 16, eerste lid, van de PW om bijzondere bijstand voor de kosten van fysiotherapie te verlenen i.v.m. ziekte van Bechterew.

ECLI:NL:GHSHE:2016:4549

- Op grond van artikel 2.5.1 eerste lid van de Invoerings- en aanpassingswet Zvw is een verzekeringsplichtige op grond van de Ziekenfondswet die voor 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen. Dit aanbod heeft volgens het hof ook betrekking op medeverzekerden.

Medische kosten in het buitenland; uitleg convenant samenloop zorg- en reisverzekering(Gerechtshof Den Haag 4 oktober 2016, ECLI:NL:GHDHA: 2016:2818)

- Betrokkene had een **basisverzekering** en **aanvullende zorgverzekering** afgesloten bij CZ. Daarnaast had hij een doorlopende reisverzekering met dekking voor medische kosten met werelddekking bij Reaal. Betrokkene is tijdens een vakantie in Amerika getroffen door een herseninfarct. CZ heeft als eerst aangesproken verzekeraar de medische kosten die in Amerika zijn gemaakt betaald. Zowel CZ als Reaal zijn partij bij het Convenant samenloop **zorgverzekeringen**/ reisverzekeringen dat door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland en de vereniging Verbond van Verzekeraars is gesloten. CZ spreekt Reaal op grond van het convenant aan tot betaling van ongeveer € 155.000. De rechtbank heeft op basis van de ratio van het convenant beslist dat alleen het door CZ op grond van de **aanvullende zorgverzekering** betaalde bedrag van € 39.265,58 bij helfte moet worden gedeeld en het restant door Reaal moet worden gedragen.

- Het hof volgt het oordeel van de rechtbank. Het convenant moet worden uitgelegd aan de hand van de Haviltex-maatstaf. Het convenant treft slechts een regeling voor zover sprake is van samenloop van verzekeringen. In art. 8 is bepaald dat sprake is van samenloop indien en voor zover de kosten van medische zorg en repatriëring in en vanuit het buitenland zowel op de zorgverzekeringspolis en/of op de polis voor de aanvullende verzekering als op de polis voor de reisverzekering zijn gedekt. Hieruit volgt dat de samenloopregeling van het convenant slechts aan de orde is voor zover er sprake is van samenloop van dekking voor medische kosten. Dit spoort ook met de uitleg in de toelichting bij het convenant voor het spiegelbeeldige geval dat de verzekerde de alarmcentrale van de reisverzekeraar heeft benaderd. In dat geval garandeert de reisverzekeraar de vergoeding van de gemaakte medische kosten en kan zij regres nemen op de zorgverzekeraar “voor zover de kosten gedekt zijn op grond van de Zorgverzekeringswet”. Is er een **aanvullende ziektekostenverzekering**, dan kan de reisverzekeraar regres nemen op de ziektekostenverzekeraar voor de helft van de resterende medische kosten. Is er geen **aanvullende ziektekostenverzekering** met buitenlanddekking, dan “komen de medische kosten voor zover deze niet ten laste van de **zorgverzekering** kunnen worden gebracht, geheel ten laste van de reisverzekeraar (voor zover gedekt door de reisverzekering).”

GJ 2017/15 Geschillencommissie Zorgverzekeringen, 09-11-2016, 201503259HIPEC, Vergoeding zorg, Voorwaarden zorgverzekering 2015, Evidence

- In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen. Verzoekster met leiomyosarcoma heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van de in het buitenland uitgevoerde debulking operatie (resectie tumoren) in combinatie met Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC). De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen, omdat zij van mening is dat HIPEC-behandeling bij leiomyosarcoma in de buik niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en verder twijfelachtig vindt of een vijfde debulking operatie medisch zinvol is.

- Het Zorginstituut heeft de beschikbare evidence omtrent de behandeling onderzocht en geconcludeerd dat aanspraak bestaat op vergoeding van de resectie van tumoren, maar niet op die van de HIPEC-behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat een vergoeding van de resectie van de tumoren is toegekend. De commissie concludeert dat de door verzoekster ondergane debulking operatie zorg is in het kader van de **zorgverzekering**. De commissie concludeert dat het tarief dat uitgekeerd is gebaseerd op de uit advies van het Zorginstituut overgenomen DBC-zorgproduct code, correct is berekend, en dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding voor de debulking operatie ten laste van de **zorgverzekering**. Het verzoek wordt gedeeltelijk toegewezen.

GJ 2017/17 Geschillencommissie Zorgverzekeringen, 14-12-2016, 201503044Tandheelkundige zorg, Doelmatige zorg, Stelplicht ziektekostenverzekeraar, Verzoek toegewezen

- Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het aanbrengen van zeven implantaten en de daarop te plaatsen bruggen en kronen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen. De vraag is aan de orde of de aangevraagde tandheelkundige behandeling doelmatig is. De Geschillencommissie is van oordeel dat bij het herhaaldelijk afwijzen van gemotiveerde aanvragen, ingediend door een gecontracteerde zorgaanbieder (UMCG), op de ziektekostenverzekeraar een zwaardere stelplicht rust. De ziektekostenverzekeraar heeft naar het oordeel van de Geschillencommissie onvoldoende gemotiveerd bestreden dat het aanbrengen van implantaten voor verzoekster niet de aangewezen behandelmethode is voor gebitsherstel.
- Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op de door het UMCG aangevraagde tandheelkundige zorg ten laste van de **zorgverzekering**. Het verzoek wordt toegewezen.

GJ 2017/16 Geschillencommissie Zorgverzekeringen, 23-11-2016, 201600681Zorgverzekeringswet, Declaratie zorgkosten, Egypte, Indicatie, Doelmatigheid, Gedeeltelijke toewijzing

- In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak tot vergoeding van medisch specialistische behandelingen in Egypte in te willigen, ten laste van de **zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering**. Meer in het bijzonder houdt de vraag partijen verdeeld of verzoeker een indicatie had voor de verleende zorg en zo ja, of de betreffende zorg ook doelmatig was. Geoordeeld wordt dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van 100% van het gedeclareerde tarief voor een kortdurende behandeling en IC-opname, waaronder een controle ECG en de 24-uurs monitoring van de bloeddruk. Deze waren geïndiceerd en deze zorg was doelmatig. De overige zorg was niet geïndiceerd en/of niet doelmatig. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

GJ 2017/14 Geschillencommissie Zorgverzekeringen, 02-11-2016, 201601396Premieverhoging, Buitenlandpolis, Onvoldoende duidelijke communicatie, Grondslag wijziging, Opzeggingsrecht

- Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zich niet heeft gehouden aan de juiste procedure voor de aankondiging van de nieuwe premie voor het volgende jaar en verzoekt te bepalen dat de premieverhoging ongedaan wordt gemaakt. De ziektekostenverzekeraar stelt dat erflaatster voldoende en volledig is geïnformeerd over de stijging van de premie met ingang van 1 januari 2016, vóór het einde van het jaar. De commissie is van oordeel dat de mededeling van de premieverhoging onvoldoende duidelijk is gecommuniceerd. De premieverhoging is niet ondubbelzinnig en uitdrukkelijk kenbaar gemaakt. Tevens is de grondslag van de wijzigingsbevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar niet vermeld in de brief en wordt van het opzeggingsrecht geen melding gemaakt. Het verzoek wordt toegewezen.

ECLI:NL:RBAMS:2017:322

- Zorgverzekeringsovereenkomst, zorgverzekeraar vordert betaling van zowel de basis als de aanvullende premie op grond van het stilzwijgend overschrijven van een (voormalig) minderjarige na het bereiken van de meerderjarige leeftijd op een individuele **zorgverzekering**;
- Vordering tot betaling van zowel de basis als de aanvullende premie; het wettelijk stelsel brengt mee dat een (voormalig) minderjarige na het meerderjarig worden bij wet verplicht is een **basisverzekering** af te sluiten en aldus vanaf dat moment premieplichtig is. Een **aanvullende zorgverzekering** is een eigen (vrije) keuze van de verzekeringnemer. Zonder uitdrukkelijk akkoord (toestemming) dan wel aanvraag van de verzekeringnemer kan niet door de verzekeraar een aanvullende verzekering worden overeengekomen.

ECLI:NL:RBMNE:2016:4576

- Buitenwettelijk recht op **zorgverzekering**?
- Het is inderdaad goed voorstelbaar dat bij een administratie zo groot en geautomatiseerd als die van Zilveren Kruis zal zijn, een uitzonderingsgeval als [eiser] moeilijk te verwerken is. Wanneer Zilveren Kruis hem voorstellen doet voor een andere regeling (bijvoorbeeld een ander type polis), mag daarom van hem verwacht worden dat hij dat serieus overweegt. Dat neemt echter niet weg dat de manier waarop Zilveren Kruis haar administratie inricht voor haar risico komt, en niet voor het zijne. Als [eiser] recht heeft op een verzekering, kan Zilveren Kruis hem dat recht niet ontzeggen met het argument dat die verzekering voor haar moeilijk te administreren is. In beginsel is het aan haar om daarvoor een oplossing te vinden. De hoofdvordering zal daarom worden toegewezen.

ECLI:NL:RBZWB:2016:8440

- Verplicht verzekerd voor de Wet langdurige zorg, dus ook verzekeringsplichtig op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De buitenlandse **zorgverzekering** is geen **zorgverzekering** in de zin van de Zvw. Verzekeringsplicht ingevolge Zvw levert geen ongeoorloofde belemmering op voor het vrije verkeer van diensten. Geen sprake van het ontbreken van verwijtbaarheid wegens het bestaat van een rechtvaardigingsgrond, op grond waarvan het Zorginstituut had moeten afzien van het opleggen van een boete. Evenmin sprake van verminderde verwijtbaarheid of van bijzondere omstandigheden die maken dat de opgelegde boetes zouden moeten worden gematigd. Boetes zijn ook niet excessief.

ECLI:NL:RBZWB:2016:8440

- De Rechtbank Zeeland-West-Brabant (hierna: 'de rechtbank') overweegt dat de Franse zorgverzekeraar waarbij eiseres is verzekerd niet kwalificeert als zorgverzekering in de zin van artikel 25 lid 1 Zvw. De Franse zorgverzekeraar heeft zich niet bij de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: 'NZa') gemeld. Het Zorginstituut Nederland (hierna: 'het Zorginstituut') heeft zodoende op juiste gronden geoordeeld dat eiseres niet was verzekerd onder de Zvw. De door eiseres ingestelde beroepen tegen de door het Zorginstituut opgelegde boetes worden door de rechtbank ongegrond verklaard.

ECLI:NL:RBZWB:2017:917

- Een zorgverzekeraar weigert een in een ander land in Europa uitgevoerde operatie te vergoeden omdat deze afwijkt van de richtlijn urologie van de Europese Associatie Urologie. De kantonrechter is van oordeel dat het een zorgverzekeraar niet vrij staat de vergoeding van een in een ander land in Europa uitgevoerde operatie niet te vergoeden, zonder kennis te hebben genomen van de informatie van de behandelend specialist omtrent de reden om in afwijking van de richtlijn toch te opereren. De zorgverzekeraar moet om die informatie vragen alvorens te beslissen. Indien zij na ontvangst van die informatie bij haar besluit blijft moet zij dat motiveren.

RCC 2 februari 2017

- Vast is komen te staan dat de in de uiting onder het aanvullende pakket ‘ZonderZorgen’ weergegeven vergoeding voor orthodontie “tot € 1.500” alleen geldt voor meeverzekerde kinderen onder de 18 jaar. Dit is een beperking waarmee de gemiddelde consument niet zonder meer bekend mag worden verondersteld. De beperking van de vergoeding tot verzekerden jonger dan 18 jaar betreft essentiële informatie die de gemiddelde consument nodig heeft om een geïnformeerd besluit te nemen over de aanvullende verzekering, en die daarom in de uiting moet zijn opgenomen. Dat is niet gebeurd, waardoor in de uiting noodzakelijke informatie ontbreekt. Dit geldt hier te meer, nu de Zorgkeuzehulp stelt op basis van de door klaagster verstrekte gegevens het aanvullende pakket met daarin een vergoeding voor orthodontie te adviseren. Vast staat dat klaagster haar geboortedatum heeft opgegeven en heeft ingevuld geen kinderen jonger dan 18 jaar te willen meeverzekeren. Klaagster kon dan ook menen dat de vergoeding voor “orthodontie tot € 1.500”, die wordt geboden door de haar geadviseerde aanvullende verzekering, ook voor haar gold.
- 2. Op grond van het voorgaande is sprake van het ontbreken van essentiële informatie als bedoeld in artikel 8.3 onder c van de Nederlandse Reclame Code (NRC). Omdat de gemiddelde consument hierdoor ertoe gebracht kan worden een besluit over een transactie te nemen dat hij anders niet had genomen, is de uiting misleidend en om die reden oneerlijk in de zin van artikel 7 NRC. Dat de beperking van de vergoeding voor orthodontie tot meeverzekerde kinderen onder 18 jaar elders op de website van Rabobank en in de verzekeringsvoorwaarden van Interpolis wordt vermeld, neemt het misleidende karakter van de bestreden uiting niet weg.

Actualiteiten zorgverzekering: div

- **Onderzoek NZa telefonische informatieverstrekking zorgverzekeraars**
- Eind 2016 heeft de NZa een onderzoek uitgevoerd naar de telefonische informatieverstrekking door zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode voor **zorgverzekeringen**. Met het onderzoek wilde de NZa nagaan of zorgverzekeraars (telefonisch) wel de juiste informatie aan burgers verstrekken, zoals zij wettelijk verplicht zijn. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van '*mystery*-telefoontjes' met medewerkers van 23 zorgverzekeraars.
- **ZIP 2017(2) 31 Sign. -**

- **ZIP 2017(2) 26 Sign. - Nieuwe ontwikkelingen in het basispakket**
- Het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) beoordeelt of bepaalde zorg onder de **basisverzekering** valt en kan daarover advies geven aan de Minister van VWS. Recentelijk heeft het Zorginstituut de minister geadviseerd om fysio- en oefentherapie op termijn op te nemen in het basispakket. Fysio- en oefentherapie zijn momenteel in beperkte mate onderdeel van het basispakket. Hierdoor wijken patiënten die aangewezen zijn op deze zorg uit naar duurdere vormen van zorg. De Minister van VWS heeft daarom het Zorginstituut eind 2015 gevraagd om te onderzoeken of het haalbaar is om voor enkele specifieke aandoeningen fysio- en oefentherapie in het basispakket op te nemen.

- **ZIP 2017(2) 36 Art. - Personalized medicine: een juridische kennismaking**
- Personalized medicine kent (vooralsnog) geen algemeen aanvaarde definitie. In brede zin kan personalized medicine worden omschreven als “een medisch model waarbij met behulp van de karakterisering van de fenotypen en genotypen van personen, op het juiste moment voor de juiste persoon de juiste therapeutische strategie kan worden bepaald, en/of diens vatbaarheid voor ziekten kan worden vastgesteld en/of tijdige en gerichte preventie kan worden verstrekt.” Het begrip wordt veelvuldig in één adem genoemd met ‘precision medicine’ en ‘stratified medicine’. Deze verschijningsvormen onderlijnen een smallere invalshoek van personalized medicine, waarbij niet iedere persoon afzonderlijk een op maat gesneden behandeling krijgt, maar de focus ligt op behandelingen voor specifieke patiëntgroepen.

Toezicht kartelverbod in de zorg en inkoopmacht zorgverzekeraars

- Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders van de eerste lijn uit september 2015: ‘Zolang zorgaanbieders, patiënten (of hun vertegenwoordigers) en zorgverzekeraars er gezamenlijk uitkomen, is er voor ACM geen aanleiding om aan te nemen dat een samenwerking schadelijk uitpakt. Als ACM toch tot de conclusie komt dat een samenwerking de mededinging beperkt en schadelijk is voor patiënten of verzekerden, dan staat voor ACM het oplossen van probleem centraal. Eventueel optreden van ACM zal dan gericht zijn op snelle en effectieve aanpassing van de ongewenste elementen van de samenwerking. Als betrokkenen voortvarend zorgdragen voor de nodige bijstellen, is er voor ACM geen reden om een onderzoek te starten gericht op het opleggen van een boete.’