

ANNOTATIE

De informatieplicht van een zorgaanbieder over de te betalen eigen bijdrage door de patiënt

mr. J.M. de Vries

*Annotatie bij Rechtbank Oost-Brabant, 03-11-2022,
ECLI:NL:RBOBR:2022:4822 (GZR-2022-0307)*

De feiten

Deze zaak betreft op het eerste oog een eenvoudige ‘incassozaak’ over een ziekenhuisrekening. Toch is deze zaak juridisch gezien interessant omdat de patiënt, in deze zaak gedaagd door het ziekenhuis, heeft geweigerd de ziekenhuisrekening te betalen. Dit beroep onderbouwde de patiënt met de stelling dat het ziekenhuis in dit geval de patiënt erop had moeten wijzen dat zij een gedeelte van de kosten voor de door haar ondergane behandeling zelf moest betalen. Als zij had geweten dat de medische behandeling bij het ziekenhuis niet door haar zorgverzekeraar zou worden vergoed, dan had zij die behandeling in een ander ziekenhuis ondergaan.

De rechtbank oordeelde dat het beroep op dwaling van de patiënt niet slaagt. De patiënt heeft namelijk een goedkopere zorgverzekering, een zogenoemde budgetpolis, waardoor zij een lagere premie betaalt en waardoor niet alle kosten in alle ziekenhuizen worden vergoed. De patiënt had op basis van deze informatie zelf kunnen en moeten weten dat haar verzekering niet alle kosten in alle gevallen (ziekenhuizen) dekte. Daar komt bij dat de patiënt al eerder behandelingen in het ziekenhuis had ondergaan en daarvoor ook een eigen bijdrage moest betalen. Dat in dit geval óók een eigen bijdrage moest worden betaald, komt volgens de rechtbank in dit geval dus voor risico van de patiënt. De patiënt had zich er volgens de rechtbank van moeten vergewissen of de behandeling geheel of gedeeltelijk door haar

zorgverzekeraar zou worden vergoed. Het ziekenhuis heeft daarbij zo veel als mogelijk voorlichting gegeven door het vermelden van informatie op de website, en informatie te geven over het feit dat er met de verzekeraar van de patiënt geen contract was gesloten. Volgens de rechtbank ligt het niet op de weg van een ziekenhuis om iedere individuele patiënt op de mogelijkheid van het betalen van een eigen bijdrage te wijzen.

In deze annotatie ga ik ten eerste in op het (algemeen) juridisch kader van de informatieplicht van de hulpverlener, c.q. zorgaanbieder. Ik behandel hier de bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ('Wkkgz') en de Wet marktordening gezondheidszorg ('Wmg'). Daarna ga ik in op over de informatieplicht gewezen jurisprudentie. Ik rond af met een analyse en de beantwoording van de vraag of op basis van de wetgeving en/of jurisprudentie kan worden geconcludeerd dat een hulpverlener, c.q. zorgaanbieder, een patiënt óók moet informeren over de daadwerkelijk te betalen eigen bijdrage.

De informatieplicht over kosten van een hulpverlener c.q. zorgaanbieder

De informatieplicht van een hulpverlener/zorgaanbieder in het algemeen: het wettelijk kader

De (algemene) informatie- en overlegplicht van een hulpverlener is neergelegd in artikel 7:448 lid 1 BW. Op grond hiervan dient de hulpverlener een patiënt op duidelijke wijze in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De informatieverstrekking en overleg hebben tot doel te voorkomen dat de patiënt ten opzichte van de hulpverlener een informatieachterstand heeft waar het zijn gezondheid betreft. Er moet worden bewerkstelligd dat sprake is van een zodanig informatieniveau van de patiënt dat deze toestemming kan verlenen voor de te verrichten medische handelingen.[1]

Op grond van artikel 10 lid 1 Wkkgz heeft een 'zorgaanbieder' – zoals in de onderhavige zaak het ziekenhuis – ten opzichte van de 'cliënt' eveneens een informatieplicht. Gelet op deze bepaling dient de zorgaanbieder de patiënt te informeren over de aangeboden zorg, waaronder begrepen de tarieven en de kwaliteit.

Een met artikel 10 lid 1 Wkkgz vergelijkbare informatieplicht staat vervat in artikel 38 Wmg. In artikel 38 lid 1 Wmg wordt bepaald dat zorgaanbieders hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief moeten informeren. Ingevolge artikel 38 lid 3 en 7 Wmg stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels vast met betrekking

tot de informatieverplichting van zorgaanbieders. De door de NZa op deze grondslag vastgestelde ‘regel’ betreft de Regeling transparantie zorgaanbieders (hierna: ‘de Regeling’).[2]

In artikel 4 lid 5 van de Regeling wordt bepaald dat een zorgaanbieder de consument (patiënt) moet informeren over eventuele eigen betalingen. Volgens de toelichting bij deze bepaling is het voor de consument bijvoorbeeld van belang om te weten welke kosten van de zorg hij zelf moet betalen. Als de consument (een deel van) de kosten van de zorg zelf moet betalen, dan is het volgens (de toelichting van de) NZa van belang dat de zorgaanbieder de consument informeert om welke kosten het gaat en, *voor zover mogelijk*, hoe hoog deze kosten zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om kosten van onverzekerde zorg en kosten die de consument eerst zelf betaalt en vervolgens declareert bij zijn zorgverzekeraar. Volgens de toelichting valt onder meer (ook) te denken aan de situatie dat de zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar: in dat geval moet de zorgaanbieder de consument hierover informeren en aangeven dat de consument mogelijk een deel van de zorg zelf moet betalen of een beperkte vergoeding krijgt.

Het voorschrift van artikel 4 lid 5 van de Regeling, en met name de toelichting daarop, roepen de vraag op of een ziekenhuis een individuele patiënt inderdaad – zoals de rechtbank Oost-Brabant in het met deze bijdrage geannoteerde vonnis heeft overwogen en geoordeeld – niet toch per behandeling moet informeren over de (daadwerkelijk) door hem voor de behandeling te betalen eigen bijdrage. Ik beantwoord deze vraag in het hiernavolgende aan de hand van eerder over de Regeling gewezen jurisprudentie, naast jurisprudentie over de informatieplicht van de hulpverlener in brede(re) en civielrechtelijke zin.

De informatieplicht van de zorgaanbieder in de (algemene) jurisprudentie

Ik noem op deze plaats ten eerste het vonnis van de rechtbank Den Haag van 6 juni 2018.[3] Deze procedure was geïnitieerd door zorgverzekeraar Zilveren Kruis jegens twee ziekenhuizen. De vraag die in deze procedure werd beantwoord, was of en in hoeverre er voor een ziekenhuis óf een zorgverzekeraar een plicht bestond de patiënt te informeren (of: waarschuwen) over diens verzekering en de daarop gebaseerde vergoedingen. In deze zaak oordeelde de rechtbank dat artikel 38 en artikel 5 van de Regeling niet zó kon worden uitgelegd dat zorgaanbieders aan patiënten ook informatie moeten verstrekken over de vraag of de patiënt een deel van de behandeling zelf zal moeten betalen, *als de zorgaanbieder door de verzekeraars onvoldoende geëquipeerd is om die informatie gemakkelijk te traceren*. In dit geval was voor dit oordeel redengevend dat de in deze zaak betrokken zorgverzekeraar de ziekenhuizen geen *tools* ter beschikking had gesteld waarmee zij simpel de bewuste polisinformatie konden oproepen. De ziekenhuizen konden (en hoefden) *in dit geval* dus niet na te gaan welke polis de verzekerde precies had, om aan zijn informatieverplichting te

kunnen voldoen. *In dit geval* kon dan ook van de ziekenhuizen niet meer verwacht worden dan dat zij in algemene zin patiënten hebben geïnformeerd.

De NZa lijkt het met dit oordeel niet helemaal eens te zijn geweest en heeft na het verschijnen van de uitspraak een persbericht doen uitgaan, waarin werd gemeld dat zorgaanbieders wat de NZa betreft, wel degelijk verplicht zijn om patiënten te informeren over de kosten van een behandeling en de vraag of een deel van de kosten door de patiënt zelf moet worden betaald. De NZa wees er hierbij op dat een zorgaanbieder sinds 2016 in Vecozo kan terugvinden welke polis een patiënt heeft. Als de patiënt een deel van de kosten zelf moet betalen diende de zorgaanbieder de patiënt daar volgens de NZa actief op te wijzen. Zowel de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder als de verzekerde zelf heeft daarin volgens de NZa een verantwoordelijkheid. De NZa maakt echter niet duidelijk hoe die verantwoordelijkheid onderling moet worden verdeeld.[4]

Toch heeft later, op 26 juni 2019, de Geschillencommissie Zorg geoordeeld dat op een zorgaanbieder (ziekenhuis) een beperktere informatieplicht rust.[5] De met deze bijdrage geannoteerde zaak doet aan deze uitspraak denken. Ook in deze zaak was namelijk een zogenoemde 'budgetpolis' aan de orde, waardoor door de in die zaak betrokken patiënt ook een eigen bijdrage was verschuldigd. De vraag lag voor of de zorgaanbieder – ook een ziekenhuis – de patiënt hierover voldoende had geïnformeerd. Volgens de Geschillencommissie Zorg was dat het geval. Hiertoe overwoog de Geschillencommissie dat bij de patiënt de verantwoordelijkheid berust om voorafgaand aan de behandeling te verifiëren of de zorgaanbieder met zijn zorgverzekeraar een contract voor de behandeling heeft afgesloten. Door het afsluiten van een budgetpolis tegen een lagere verzekeringspremie had de patiënt er volgens de Geschillencommissie voor gekozen dat bepaalde medische behandelingen slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen door de zorgverzekeraar worden vergoed. Van de patiënt mocht (dus) worden verwacht dat hij dit wist. Interessant is daarbij (ook) dat de patiënt ook in dit geval via de website van het ziekenhuis vooraf informatie had kunnen krijgen over de contractuele relatie tussen het ziekenhuis en zijn zorgverzekeraar en dat hij volgens de Geschillencommissie bij onduidelijkheid zijn zorgverzekeraar had kunnen raadplegen.

Een derde in dit verband te noemen uitspraak is een bindend advies van de Geschillencommissie Zorg van 22 maart 2018.[6] In deze uitspraak staat (ook) dat er enerzijds een informatieplicht van de zorgaanbieder bestaat om de patiënt over de behandeling en de daarmee verbonden aspecten te informeren maar dat er anderzijds ten aanzien van de dekking door de verzekering een eigen onderzoeksplicht op de patiënt rust om zich daarover, voorafgaande aan de behandeling, zo goed mogelijk te informeren. De Geschillencommissie heeft in dit geval geoordeeld dat op de (in dit geval betrokken) *arts* alleen de verplichting rust

om de patiënt te informeren over de medische aspecten van de behandeling en de totale kosten ervan. Volgens de Geschillencommissie rust op de arts alleen de verplichting om de patiënt te informeren over de medische aspecten van de behandeling en de totale kosten ervan en gaat het te ver om van de arts te verwachten om ook informatie over de verzekering te geven. Volgens de Geschillencommissie zijn er immers veel verschillende verzekeringen en kan een zorgaanbieder, c.q. individuele arts, niet van alle regelingen op de hoogte zijn. Volgens de Geschillencommissie valt informatie over de vergoeding door de verzekering niet onder de informatieverplichting van artikel 10 Wkkgz en ligt het op de weg van de patiënt om zich daarover zelf te informeren. Daarnaast volgt volgens de Geschillencommissie uit artikel 38 Wmg dat een zorgaanbieder de patiënt alleen hoeft te informeren over het in rekening te brengen tarief en niet over de vergoeding door de zorgverzekeraar.

Specifieke civielrechtelijke jurisprudentie

Beschikbare jurisprudentie van rechtbanken en gerechtshoven betreft verder vooral zaken waarin de discussie over de informatieplicht van de hulpverlener inzake de vergoeding van een behandeling zich afspeelt rondom de vraag of de patiënt gehouden is de desbetreffende behandeling aan de hulpverlener te vergoeden. In zijn algemeenheid is de patiënt, als opdrachtgever, op grond van artikel 7:451 BW namelijk loon verschuldigd aan zijn opdrachtnemer-hulpverlener.[7] Op grond daarvan oordeelde het gerechtshof Den Haag op 2 augustus 2016 dat de patiënt de rekening van de hulpverlener diende te vergoeden, (ook) omdat hij zelf verantwoordelijk was voor het vragen van voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar voor de behandeling. Dat hij dat niet had gedaan, was een risico dat voor rekening van de patiënt kwam en bleef.[8]

Ook noem ik een arrest van het gerechtshof 's-Hertogenbosch van 19 februari 2019, waarin de vraag centraal stond of de behandelingsovereenkomst zó mocht worden uitgelegd dat de patiënte inderdaad geen betalingsverplichting had.[9] Uit het in deze zaak gewezen eindarrest volgt dat de in die zaak betrokken patiënte een eigen onderzoeksplicht had omdat de betrokken artsen haar erover hadden geïnformeerd dat de kosten voor de door haar gewenste operatie mogelijk niet door haar zorgverzekeraar vergoed zouden worden.[10]

Een volgende te noemen zaak is die, die leidde tot het arrest van het gerechtshof 's-Hertogenbosch van 16 november 2021.[11] Ook in deze zaak werd door de patiënt betwist dat hij een betalingsverplichting had voor een door hem genoten behandeling. In dit geval werd een beroep op dwaling (en bedrog) gedaan. Dit beroep op dwaling werd, anders dan in de met deze bijdrage geannoteerde zaak, gehonoreerd. Beide partijen – hulpverlener en patiënt –

waren namelijk in de veronderstelling geweest dat de behandeling zou worden vergoed door de zorgverzekeraar en hadden daarover gedwaald (art. 6:228 lid 1 aanhef en onder c BW). Als gevolg van het geslaagde beroep op dwaling werd de behandelingsovereenkomst vernietigd en bestond geen grondslag (meer) voor de vordering tot betaling van de hulpverlener.[12]

Een laatste interessante of relevante zaak is een vonnis van de rechtbank Rotterdam van 14 juli 2017.[13] Ook in deze zaak werd door de patiënt betwist dat er een betalingsverplichting voor een genoten behandeling bestond. Volgens de patiënt was de hulpverlener tekortgeschoten in zijn ‘zorgplicht’ (op grond van art. 7:453 BW). Door toedoen van de hulpverlener kon de patiënt in dit geval in de veronderstelling zijn dat zijn zorgverzekeraar de kosten voor de behandeling zou vergoeden. De hulpverlener had namelijk een begroting ter goedkeuring aan de zorgverzekeraar voorgelegd en was zich dus ‘actief’ met de zaak (meer in het bijzonder de vergoeding van de kosten) gaan bezighouden. De rechtbank overwoog hierbij dat het in beginsel niet de taak is van een hulpverlener om zich bezig te houden met de vraag of een bepaalde behandeling vergoed wordt door een zorgverzekeraar, maar als deze dat dus wél doet, dan moet dit goed gedaan worden en moet de patiënt daarover gedegen worden geïnformeerd. Dat was in dit geval niet gebeurd. Omdat de patiënt volgens de rechtbank wel óók een eigen onderzoeksplicht naar de vergoeding van zijn behandeling heeft, luidde de slotsom – op grond van artikel 6:74 jo. artikel 6:101 BW – dat voor de patiënt een gereduceerde betalingsverplichting jegens de hulpverlener bestond.

Beschouwing en slot

De zorgaanbieder of hulpverlener – zoals het ziekenhuis – heeft een informatieplicht jegens de patiënt. De patiënt moet op grond van artikel 7:448 BW en artikel 10 Wkkgz onder meer worden geïnformeerd over de kosten voor de door hem genoten behandeling, c.q. de aan hem verleende zorg. Uit artikel 38 Wmg, in samenhang gelezen met de Regeling van de NZa (en toelichting daarop), lijkt daarbij te volgen dat de patiënt óók moet worden geïnformeerd over een eventueel te betalen eigen bijdrage. Voor zover dit echter, aldus de toelichting bij de Regeling, mogelijk is.

Of van een zorgaanbieder – zoals een ziekenhuis – nu daadwerkelijk mag worden verwacht dat hij de patiënt actief informeert over de daadwerkelijke hoogte van de door de patiënt te betalen eigen bijdrage, volgt niet uit artikel 7:448 BW, artikel 10 Wkkgz en artikel 38 Wmg (of de Regeling). Uit de hiervóór besproken jurisprudentie kan naar mijn mening echter worden geconcludeerd dat op een zorgaanbieder (hulpverlener) een dergelijke specifieke informatieplicht niet rust. Dit juist ook, omdat op de patiënt hoe dan ook óók een eigen onderzoeksplicht rust, welke onderzoeksplicht maakt dat de patiënt zelf moet onderzoeken – en soms gewoon moet weten, zeker als hij een ‘budgetpolis’ heeft – dat een eigen bijdrage

verschuldigd is of kan zijn.

Uit de besproken jurisprudentie is ook te concluderen dat de zorgaanbieder hierbij natuurlijk wel moet informeren over met welke zorgverzekeraars – en welke aan die zorgverzekeraars verbonden ‘labels’ – wel en geen contract is gesloten. Daarnaast dient een zorgaanbieder geen (onterechte) verwachtingen bij de patiënt te scheppen over een eventuele (volledige) vergoeding. Maar van een zorgaanbieder, en ook van een individuele arts, kan (ook) volgens de jurisprudentie niet worden verwacht dat deze per patiënt en per ingreep kan informeren over de te betalen eigen bijdrage.

De uit de jurisprudentie volgende redenering en conclusie komt wat mij betreft neer op een wenselijke uitleg van met name artikel 4 lid 5 van de Regeling. Een andere conclusie of ander uitgangspunt zou wat mij betreft praktisch onuitvoerbaar zijn. De administratieve afdeling van het ziekenhuis met een dergelijke (uitgebreide) informatieplicht belasten – en dus Vecozo laten ‘doorspitten, zoals de NZa in 2018 lijkt te hebben geopperd – lijkt mij gezien alleen al de daaraan te besteden tijd praktisch onuitvoerbaar. Dit, daargelaten de vraag of deze administratief medewerkers wel zonder toestemming van de patiënt bevoegd zijn kennis te nemen van medische informatie over die patiënt. Het is daarnaast maar de vraag of in een instelling, zoals een ziekenhuis, ingeregeld kan worden dat elke individuele arts in Vecozo kan nagaan welke polis de patiënt heeft en vervolgens te bewerkstelligen dat die arts ‘maar weet’ wat de desbetreffende polis voor de mogelijk te betalen eigen bijdrage betekent. Het lijkt mij bovendien dat de daarmee gemoeide (behandel)tijd beter kan worden besteed.

mr. J.M. de Vries

[1] R.P. Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade*, Den Haag: Boom Juridisch 2021, p. 246-247.

[2] Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 (PUC_301152_22).

[3] Rb. Den Haag 6 juni 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:6611 (*GZR Updates* 2018-0296 met noot M.F. van der Mersch).

[4] Zie daarover de noot van M.F. van der Mersch bij *GZR Updates* 2018-0296.

[5] Geschillencommissie Zorg (Ziekenhuizen) 26 juni 2019, kenmerk 122800.

[6] Geschillencommissie Zorg (Ziekenhuizen) 22 maart 2018, kenmerk 114169.

[7] Welk loon natuurlijk veelal zal worden vergoed door de zorgverzekeraar, zie ook R.P.

Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade*, Den Haag: Boom Juridisch 2021, p. 214.

[8] Hof Den Haag 2 augustus 2016, ECLI:NL:GHDHA:2016:2241 (*GZR Updates* 2016-0325, met noot van B.A. van Schelven).

[9] Hof 's-Hertogenbosch 12 juni 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:2545 (r.o. 3.6.6).

[10] Hof 's-Hertogenbosch 19 februari 2019, ECLI:NL:GHSHE:2019:563 (*GZR Updates* 2019-0052).

[11] Hof 's-Hertogenbosch 16 november 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3417 (*GZR Updates* 2021-0311).

[12] Zie over een mogelijk beroep op dwaling ook de noot van B.A. van Schelven bij Hof Den Haag 2 augustus 2016, ECLI:NL:GHDHA:2016:2241 (*GZR updates* 2016-0325).

[13] Rb. Rotterdam 14 juli 2017, ECLI:NL:RBROT:2017:6459.