



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, verjaring, datum
ontstaan vordering

Zaaknummer : 201800836

Zittingsdatum : 20 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 7:942 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 in samenhang met 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 declaraties ter zake van door hem in de jaren 2011, 2012 en 2013 genoten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (verder: de aanspraak). Bij brief van 11 januari 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten voor een door verzoeker ingediende nota ter zake van door hem genoten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg een hogere vergoeding toe te kennen. De afwijzing van de andere nota's (2A en 2B) bleef hierbij gehandhaafd.
- 3.4. Bij brief van 24 oktober 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 januari 2019 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 januari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 12 februari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, 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.

3.9. Verzoeker is op 20 maart 2019 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is zelf psycholoog, maar na zijn echtscheiding besloot hij in 2011 een psychiater te consulteren. De nadien ontvangen nota's heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ter declaratie ingediend. Om uiteenlopende redenen heeft de zorgverzekeraar vergoeding van de kosten toen afgewezen. Zo had de betreffende psychiater geen BIG-registratienummer op de nota vermeld of ontbrak de verwijzing. Uiteindelijk heeft verzoeker in augustus 2015 alle tot dan toe ontvangen nota's opnieuw ter declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend. In reactie hierop heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de ingediende nota's niet specifiek genoeg waren. Zo ontbreekt op de nota's onder andere de DBC-code, de AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar. Ook ontbreekt een geldige verwijzing.

4.2. In vervolg op de reactie van de zorgverzekeraar heeft verzoeker zijn huisarts gevraagd te verklaren dat deze hem al eerder dan in 2014 heeft verwezen naar een psychiater. Daarnaast heeft verzoeker de zorgaanbieder verzocht andere nota's (met DBC- en AGB-code) op te stellen. Aan dit verzoek heeft de zorgaanbieder gehoor gegeven. Na ontvangst van de nieuwe nota's heeft verzoeker deze begin 2018 ter declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend. Hierop volgde een reactie van de zorgverzekeraar, inhoudende dat de nota's niet meer in behandeling konden worden genomen omdat het vorderingsrecht ter zake inmiddels was verjaard. Verzoeker kan deze redenering van de zorgverzekeraar niet volgen, omdat de nota's al veel eerder dan in augustus 2015 aan de zorgverzekeraar zijn gestuurd. Daar komt bij dat zowel verzoeker als zijn zorgaanbieder op de nota geen privacygevoelige informatie wil vermelden. Door aan de zorgverzekeraar meer informatie te geven over de gegeven behandeling wordt de zorgaanbieder hiertoe wel gedwongen.

4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat door de zorgverzekeraar wordt miskend dat de nota's al in een eerder stadium zijn ingediend. Door een probleem na een verbouwing is de administratie van verzoeker grotendeels verloren gegaan, zodat hij zijn stelling ter zake niet met stukken kan onderbouwen. Dit neemt niet weg dat de zorgverzekeraar de nota's destijds heeft ontvangen, beoordeeld en afgewezen. Dat de zorgverzekeraar de betreffende nota's nu afwijst omdat deze te laat zijn ingediend, acht verzoeker daarom onredelijk en onrechtmatig.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft pas op 19 augustus 2015 voor het eerst van verzoeker nota's ontvangen ter zake van de door hem genoten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in de jaren 2011, 2012 en 2013. Omdat op de betreffende nota's niet alle vereiste informatie stond vermeld, is

verzoeker gevraagd de nota's na correctie opnieuw in te sturen. Zo ontbrak op de nota's onder meer de AGB-code van de behandelaar, de gehanteerde DBC-code en het beroep van de behandelaar.

- 5.2. In oktober 2015 heeft verzoeker aan de zorgverzekeraar nieuwe nota's van de betreffende behandelingen gestuurd. Na bestudering van deze nota's is de zorgverzekeraar tot de conclusie gekomen dat het vorderingsrecht ter zake inmiddels was verjaard. In de voorwaarden van de zorgverzekering is namelijk bepaald dat verzekerden tot drie jaren na de start van een behandeling de nota bij de zorgverzekeraar kunnen indienen.

Uit de nieuwe nota's blijkt dat de behandeling van verzoeker bij zijn zorgaanbieder startte op 30 mei 2011. Dit eerste zorgtraject eindigde op 29 mei 2012. Binnen dit zorgtraject vallen de behandelingen die door de zorgaanbieder zijn gespecificeerd als 'nota 2A'. Het recht op vergoeding was verjaard op 30 mei 2014. Het vervolgetraject bij de behandelaar startte op 30 mei 2012 en eindigde op 29 mei 2013. Binnen dit traject vallen de behandelingen die door de zorgaanbieder zijn gespecificeerd als 'nota 2B'. Het recht op vergoeding van deze nota was verjaard op 30 mei 2015. Het voorgaande betekent dat de nota's 2A en 2B al bij de eerste indiening op 19 augustus 2015 waren verjaard. De door de Ombudsman Zorgverzekeringen aangehaalde uitspraken van het Hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHARL:2014:4087) en de rechtbank Den Haag (ECLI:NL:RBDHA:2017:7492) maken het voorgaande niet anders. Dit omdat de verjaringstermijn begint te lopen vanaf de verwezenlijking van het verzekerde risico als het moment waarop de vordering tot het doen van een uitkering opeisbaar is geworden. Dit zijn de facto de data waarop de DBC-zorgtrajecten zijn gestart.

- 5.3. Uit een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:1646) volgt dat bij niet-gecontracteerde zorg de zorgverzekeraar minimaal 75% van de kosten moet vergoeden. Om die reden heeft de zorgverzekeraar, in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, besloten ter zake van een andere door verzoeker ingediende nota uit 2015 alsnog een hogere vergoeding toe te kennen.

- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat hij van verzoeker niet eerder dan op 19 augustus 2015 nota's heeft ontvangen. De reden dat de nota's 2A en 2B niet worden vergoed, is omdat deze door verzoeker te laat zijn ingediend. De eerste DBC is in mei 2011 geopend en de vervolg-DBC in mei 2012. De openingsdatum van de DBC is bepalend voor de verjaring, zodat de (herziene) nota's 2A en 2B ten tijde van de eerste indiening al waren verjaard.

- 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 16 van de 'Algemene voorwaarden' 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 gehouden is de nota's (2A en 2B) ter zake van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg uit 2011, 2012 en 2013 alsnog in behandeling te nemen en deze te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 11 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 11 Niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde GGZinstelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
(...)"

In de verzekeringsvoorwaarden van 2012 en 2013 is een soortgelijke bepaling opgenomen.

- 8.4. Artikel 5.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2011) bepaalt ten aanzien van het indienen van nota's het volgende:

"U bent tevens verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de basisverzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de basisverzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen."

In de verzekeringsvoorwaarden van 2012 en 2013 is een soortgelijke bepaling opgenomen.

- 8.5. Artikel 5.5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2015) regelt ten aanzien van het indienen van de nota het volgende:

"Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek."

- 8.6. In artikel 7:942 BW is bepaald dat een vordering op een verzekeraar na drie jaren verjaart. Dit artikel luidt:

"1 Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

2 De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.

3 Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring in afwijking van lid 2, eerste zin, gestuit door iedere onderhandeling tussen de verzekeraar en de tot uitkering gerechtigde of de benadeelde. In dat geval begint een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig aan degene met wie hij onderhandelt en, indien deze een ander is, aan de tot uitkering gerechtigde heeft medegedeeld dat hij de onderhandelingen afbreekt."

8.7. Uit artikel 7:943, tweede lid, BW blijkt dat niet ten nadele van verzekeringnemer/verzekerde van artikel 7:942 BW kan worden afgeweken.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verzoeker is in de jaren 2011, 2012 en 2013 behandeld door een vrijgevestigd psychiater / psychotherapeut. Daargelaten wat verzoeker hierover heeft opgemerkt met betrekking tot zijn privacy, was een dergelijke individuele beroepsbeoefenaar op grond van de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit op dat moment in beginsel gehouden te declareren volgens de DBC-systematiek. Afwijking hiervan vanwege privacy bezwaren was slechts mogelijk na tijdige overlegging aan de zorgverzekeraar van een gezamenlijke verklaring van de zorgaanbieder en de patiënt volgens het model dat is opgenomen in beleidsregel NR/CU-556 van de Nederlandse Zorgautoriteit. Van een dergelijke verklaring is in de procedure niet gebleken. Door verzoeker is gesteld dat hij reeds vóór augustus 2015 nota's ter declaratie heeft ingediend, en dat deze door de zorgverzekeraar zijn afgewezen omdat hierop een DBC en AGB-code ontbraken. Van het eerder - tijdig – indienen van de nota's heeft verzoeker geen onderbouwing geleverd. Ook is door hem niet aannemelijk gemaakt dat destijds een afwijzende beslissing is gevolgd. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat verzoeker de nota's niet eerder dan in augustus 2015 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend.

9.2. Naar aanleiding van het (opnieuw) indienen van de nota's in oktober 2015 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bij brief van 22 oktober 2015 medegedeeld de nota's uit 2011, 2012 en 2013 niet in behandeling te nemen omdat (i) onder andere de DBC en AGB-code niet op de nota staan vermeld, (ii) een geldige verwijzing ontbreekt, en (iii) een deel van de nota's niet tijdig is ingediend, waardoor het vorderingsrecht is verjaard. In vervolg op het besluit van de zorgverzekeraar de nota's om deze redenen niet te vergoeden heeft de betreffende psychiater / psychotherapeut aan verzoeker in 2018 herziene nota's (2A en 2B) gezonden. De zorgverzekeraar heeft de herziene nota's afgewezen omdat op 19 augustus 2015 het vorderingsrecht van verzoeker al was verjaard. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.3. Uit artikel 7:942, eerste lid, BW volgt dat de datum van de nota niet bepalend is voor de aanvang van de verjaringstermijn. Deze termijn vangt aan op de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid van de vordering bekend is geworden. De zorgverzekeraar heeft, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, betoogd dat in dit verband moet worden uitgegaan van de openingsdata van de betreffende DBC's, dat wil zeggen 30 mei 2011 respectievelijk 30 mei 2012. De verjaring is niet gestuit en de vordering zou dan ook zijn verjaard. De commissie deelt deze mening niet. In het algemeen geldt dat een vordering voldoende bepaalbaar moet zijn, en daartoe is in dit kader vereist dat in ieder geval de DBC en het tarief bekend zijn. Deze gegevens zijn noodzakelijk en bepalend voor de opeisbaarheid van de vordering van de verzekerde op de zorgverzekeraar. Voordien kan de zorgverzekeraar niet bepalen of en tot welke vergoeding hij op grond van de verzekeringsvoorwaarden is gehouden. Een en ander klemmt in

de onderhavige situatie te meer vanwege de privacybezwaren die kennelijk bestonden bij verzoeker, en die aan toepassing van de DBC-systematiek in de weg staan.

Bij brief van 5 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar verklaard de herziene nota's 2A en 2B te zullen beoordelen als ware deze op 19 augustus 2015 waren ingediend. Hiervan uitgaande geldt dat van de betreffende nota's waren er drie ten tijde van de indiening in augustus 2015 nog niet verjaard. Het betreft hier de nota's met de datum 20 december 2012 (€ 125,-), 25 februari 2013 (€ 125,-) en 16 mei 2013 (€ 125,-). De zorgverzekeraar dient deze alsnog met inachtneming van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden én het bepaalde in paragraaf 3.5 onder 4 van beleidsregel NR/CU-556 van de Nederlandse Zorgautoriteit te vergoeden. Verzoeker zal hiertoe alsnog een door hem en de zorgaanbieder ondertekende verklaring inzake de bestaande privacy bezwaren dienen over te leggen.

Omdat vast staat dat de betrokken zorgaanbieder niet is gecontracteerd, is op de vergoeding een restitutiekorting van 25 percent van toepassing. Deze korting vormt geen onderwerp van geschil.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, in die zin dat verzoeker - na overlegging van de onder 9.33 bedoelde verklaring - voor de nota's van 20 december 2012 (€ 125,-), 25 februari 2013 (€ 125,-) en 16 mei 2013 (€ 125,-) aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal € 281,25 (3 x 75% x € 125,-). Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, in die zin dat verzoeker - na overlegging van de onder 9.3 bedoelde verklaring - voor de nota's van 20 december 2012 (€ 125,-), 25 februari 2013 (€ 125,-) en 16 mei 2013 (€ 125,-) aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal € 281,25 (3 x 75% x € 125,-). Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 1 mei 2019,

G.R.J. de Groot