

LJN: BZ9507, Rechtbank Utrecht , C/16/297675 / HA ZA 10-2581 + C/16/297669 / HA ZA 10-2580

Datum uitspraak: 01-05-2013

Datum publicatie: 06-05-2013

Rechtsgebied: Civiel overig

Soort procedure: Eerste aanleg - meervoudig

Inhoudsindicatie: Onverschuldigde betaling door zorgverzekeraar aan zorgaanbieder van kosten laboratoriumonderzoeken, waarop verzekerden krachtens de polisvoorwaarden geen aanspraak hebben.

Vindplaats(en): Rechtspraak.nl

Uitspraak

vonnis

RECHTBANK MIDDEN-NEDERLAND

Afdeling Civiel recht

handelskamer

locatie Utrecht

Vonnis van 1 mei 2013

in de zaak met zaaknummer / rolnummer: C/16/297675 / HA ZA 10-2581 van

de naamloze vennootschap
ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.,
gevestigd te Utrecht,
eiseres in conventie,
verweerster in reconventie,
advocaat mr. T.R.M. van Helmond te Amsterdam,

tegen

de stichting
[stichting],
gevestigd te [woonplaats],
gedaagde in conventie,
eiseres in reconventie,
advocaat mr. H.C. Sauer te Utrecht,

en in de zaak met zaaknummer / rolnummer C/16/297669 / HA ZA 10-2580 van

de naamloze vennootschap
ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.,
gevestigd te Noordwijk,
eiseres,
advocaat mr. T.R.M. van Helmond te Amsterdam,

tegen

1. [gedaagde sub 1],
wonende te [woonplaats],
gedaagde,
advocaat mr. H.C. Sauer te Utrecht,
2. [gedaagde sub 2],
wonende te [woonplaats],
gedaagde,
advocaat mr. H.C.J. Coumou te Apeldoorn.

Eiseres in beide procedures zal hierna Achmea worden genoemd. Gedaagde in de zaak 10-2581 en gedaagden in de zaak 10-2580 zullen gezamenlijk worden aangeduid als [gedaagde] c.s. en afzonderlijk als [stichting] respectievelijk [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2].

1. De procedure in de zaak 10-2581

1.1. Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het tussenvonnissen van 4 mei 2011
- het proces-verbaal van comparitie van 6 oktober 2011 en de ter gelegenheid daarvan overgelegde stukken, waaronder de akte houdende wijziging van eis in reconventie
- de conclusie van repliek in conventie en van antwoord in reconventie
- de conclusie van dupliek in conventie en van repliek in reconventie
- de conclusie van dupliek in reconventie
- de pleidooien en de ter gelegenheid daarvan overgelegde producties.

1.2. Ten slotte is vonnis bepaald.

2. De procedure in de zaak 10-2580

2.1. Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het tussenvonnissen van 27 juni 2012
- de ter comparitie gehouden pleidooien en de ter gelegenheid daarvan overgelegde producties.

2.2. Ten slotte is vonnis bepaald.

3. Inleiding

3.1. Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt, bijvoorbeeld huisartsen en fysiotherapeuten. Tweedelijnszorg is de zorg waar de patiënt een verwijzing voor nodig heeft.

3.2. Laboratoriumonderzoeken verricht op aanvraag van eerstelijns zorgverleners vallen in de regelgeving met betrekking tot de gezondheidszorg onder de categorie Overige Producten (hierna: OVP's).

Laboratoriumonderzoeken, die deel uitmaken van een zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC), zijn nog steeds OVP's maar omdat de onderzoeken deel uitmaken van een DBC worden zij niet separaat in rekening gebracht door de zorgverlener, maar als onderdeel van een DBC.

3.3. Bij de in deze gedingen aan de orde zijnde laboratoriumonderzoeken, verricht door het Europees Laboratorium van Nutriënten B.V. (hierna: ELN) in opdracht van [gedaagde/stichting], gaat het om "losse" OVP's, te weten laboratoriumonderzoeken aangevraagd door eerstelijns zorgverleners, niet zijnde een huisarts of andere in de polisvoorwaarden van Achmea als bevoegd aanvrager/verwijzer aangeduide zorgverlener. Vanwege het ontbreken van een aanvraag/verwijzing van een in de polisvoorwaarden als bevoegd aanvrager/verwijzer aangeduide zorgverlener hebben de verzekerden

van Achmea, althans in de optiek van Achmea, geen recht op vergoeding van deze onderzoeken.

4. De feiten

4.1. [gedaag(stichting)] is een zogenaamd zelfstandig behandelcentrum (hierna: ZBC) en is opgericht bij notariële akte van 5 september 2003. [stichting] heeft ten doel (artikel 2 statuten):

"Het naast het verlenen van normale medische specialistische hulp geven van aanvullende aandacht met betrekking tot de meest optimale voeding in relatie tot de kwaal van de patiënten welke aanvullende aandacht onder begeleiding van specialisten in de klinische voeding in samenwerking met het Europees Laboratorium van Nutriënten zal staan. Door de samenwerking met het bovenstaande Laboratorium kunnen adequate aanvullende voedingsadviezen worden gegeven ter ondersteuning van een genezingsproces en/of verbetering van de kwaliteit van het leven waardoor een bijdrage wordt geleverd aan het afbouwen van de wachtlijsten."

4.2. [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] vormen samen het bestuur van [stichting].

4.3. Verder is [gedaagde sub 1] indirect (via [bedrijf]) enig aandeelhouder en bestuurder van [bedrijf]. (hierna: "bedrijfsnaam"). De activiteiten van [bedrijf] bestaan met name uit het doen van laboratoriumonderzoeken in het kader van geneeskundige zorg en de verkoop van voedingssupplementen onder de handelsnaam [naam]

4.4. Op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw), in werking getreden op 1 januari 2006, bestaat voor zorgverzekeraars de mogelijkheid om ten behoeve van hun verzekerden te contracteren met zorginstellingen, waaronder ZBC's zoals [stichting]. Op basis van een dergelijke overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kan de zorgaanbieder de overeengekomen zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareren, al dan niet via een derde.

4.5. Voor het jaar 2007 heeft Achmea voor het eerst met [stichting] gecontracteerd. Tot 2011 zijn partijen ieder jaar een nieuwe overeenkomst aangegaan voor de duur van een jaar (hierna te noemen: de overeenkomsten 2007, 2008, 2009 en 2010). [stichting] heeft voor het indienen van haar declaraties bij Achmea gebruik gemaakt van de diensten van het bedrijf Mediparc B.V. (hierna: "Mediparc"). Het declareren gebeurde elektronisch. Mediparc voerde de door [stichting] aangeleverde gegevens in conform de Vektis-standaard, een elektronische declaratiestandaard ontwikkeld door het bedrijf Vektis, dat onderdeel uitmaakt van Zorgverzekeraars Nederland. In deze standaard kan in veld 0417 de unieke individuele code van een zorgaanbieder worden ingevuld (de zogenaamde AGB-code). In veld 0418 kan worden aangegeven van welke beroepsgroep de verwijzer in kwestie is (bijvoorbeeld huisarts of medisch specialist).

4.6. Van de overeenkomsten 2007-2009 maken deel uit een algemene overeenkomst en een specifieke deeloovereenkomst. In de algemene overeenkomsten 2007-2009 is in artikel 2 bepaald:

"Artikel 2 Inhoud van de overeenkomst

2.1 De zorgaanbieder zal de geneeskundige zorg verlenen conform het bepaalde in deze algemene overeenkomst geneeskundige zorg.

2.2 Zorgaanbieder en zorgverzekeraar zullen in de specifieke deeloovereenkomsten nader omschrijven welke geneeskundige zorg de zorgaanbieder en/of de medisch specialist/zorgverlener aan verzekerden zal verlenen en onder welke specifieke voorwaarden.

2.3 De zorgaanbieder en/of medisch specialist/zorgverlener verleent de geneeskundige zorg aan verzekerden alleen indien de verzekerde is doorverwezen door een daartoe bevoegde verwijzer. De zorgaanbieder en/of medisch specialist/zorgverlener zal de afgegeven verwijzing opnemen in het medisch dossier van betreffende verzekerde."

In de specifieke deeloovereenkomsten 2007-2009 is afgesproken welke DBC's onder de overeenkomsten vallen en welke tarieven daarvoor gelden.

Voorts maakt van de overeenkomsten 2007-2009 deel uit een declaratieprotocol. Artikel 3.2 van het declaratieprotocol behorend bij de overeenkomst 2007 luidt:

“De zorgaanbieder kan de in het kader van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) elektronisch bij de zorgverzekeraar declareren. Alleen zorg die buiten de reikwijdte van deze overeenkomst valt, kan aan de verzekerde gefactureerd worden.”

Artikel 3.2 van het declaratieprotocol behorend bij de overeenkomst 2008 luidt:

“De zorgaanbieder kan de in het kader van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) digitaal bij de zorgverzekeraar declareren. Alleen zorg die buiten de reikwijdte van deze overeenkomst valt, kan aan de verzekerde gefactureerd worden.”

Artikel 3.3 van het declaratieprotocol behorend bij de overeenkomst 2009 luidt:

“U kunt uitsluitend de in het kader van deze overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar declareren; zorg die buiten de reikwijdte van deze overeenkomst valt kunt u aan de verzekerde factureren.”

De declaratieprotocollen 2007-2009 (evenals de hierna te bespreken overeenkomst 2010) bevatten voorts een bepaling op grond waarvan Achmea gerechtigd is om ten onrechte betaalde declaraties terug te vorderen.

4.7. Bij brief van 27 september 2007 heeft Achmea aan haar relaties, waaronder [stichting], bericht, voor zover van belang:

“(…)

Met ingang van 1 januari 2008 is het verplicht om al uw declaraties in te dienen via VECOZO [hiermee wordt bedoeld op het elektronisch declareren via de Vektis-standaard, toevoeging rechtbank].

(…)”

4.8. In 2010 is de tekst van de overeenkomst herzien. Artikel 2 van het algemene deel van de overeenkomst 2010 luidt:

“Artikel 2 Zorgverlening en kwaliteit

1. Partijen maken nadere afspraken over welke DBC's gecontracteerd zijn, inhoud van het DBC-zorgprofiel, prijs en kwaliteit. De afspraken worden schriftelijk vastgelegd in Deel 3 bij deze overeenkomst. De zorgaanbieder zal voor de DBC's genoemd in Deel 3 geen bedragen in rekening brengen bij de betreffende verzekerde.

2. (…)

3. De verzekerde kan uitsluitend schriftelijk of elektronisch naar de zorgaanbieder worden verwezen. Deze verwijzing kan plaatsvinden door een huisarts, een bedrijfsarts, medisch specialist of een verloskundige. (…)”

In “Deel 3: Algemene kwaliteitsafspraken en afspraken per DBC” zijn onder het kopje “Afspraken per DBC” afspraken neergelegd omtrent tarieven voor (bepaalde) DBC's in het A- en het B-segment,

waarna onder het kopje “Overige of ondersteunende producten” vermeld staat “N.V.T.”. In het van de overeenkomst 2010 deel uitmakende “Declaratieprotocol” is bepaald, voor zover van belang:

“De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder komen overeen, dat het declaratieprotocol het rechtstreeks betalingsverkeer tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars regelt. Het declaratieprotocol geldt voor declaraties betrekking hebbende op geneeskundige zorg zoals omschreven in de overeenkomst en verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar. (...)

6. Declaraties en herdeclaraties die meer dan 12 maanden na sluitingsdatum van de DBC of behandeldatum van de OVP/verrichting worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking. (...)”

4.9. In 2009 heeft Achmea een klacht ontvangen van een verzekerde over de weigering van Achmea om de kosten te vergoeden van het ten behoeve van deze verzekerde verrichte laboratoriumonderzoek door [stichting]. De reden voor deze weigering was dat het laboratoriumonderzoek niet was aangevraagd door een huisarts of medisch specialist (omdat Achmea steeds deze twee soorten zorgverleners noemt als zijnde bevoegd verwijzers, doet de rechtbank dat ook, hoewel uit de stukken valt af te leiden dat er kennelijk ook andere, in de polisvoorwaarden als zodanig aangeduide, bevoegd verwijzers zijn (de verloskundige en de bedrijfsarts). Naar aanleiding van die klacht heeft Achmea bij wijze van steekproef 51, door een computer willekeurig geselecteerde, verzekerden door Achmea geënquêteerd ten aanzien van laboratoriumonderzoeken die [stichting] in de periode 2007-2009 op hun naam had gedeclareerd. De uitkomst van de enquête was dat slechts in 4% van de gevallen waarin een laboratoriumonderzoek was gedeclareerd, sprake was van een verwijzing door een huisarts of een medisch specialist. In 96% van de gevallen was sprake van een verwijzing/aanvraag door een andere eerstelijns zorgverlener, zoals een orthomoleculair arts of diëtist (hierna: “overige eerstelijns zorgverleners”, waarmee dus wordt bedoeld op eerstelijns zorgverleners die in de polisvoorwaarden niet zijn aangewezen als bevoegd verwijzer/aanvrager).

Een en ander is bij Achmea onopgemerkt gebleven omdat uit de elektronisch door Mediparc namens [stichting] ingediende declaraties, zoals die uiteindelijk uit het systeem van Achmea tevoorschijn kwamen, volgde dat de bewuste laboratoriumonderzoeken waren aangevraagd door een huisarts (ter comparitie heeft Achmea haar eerder ingenomen standpunt dat [stichting] ook de code voor medisch specialist ten onrechte heeft ingevuld verlaten, althans aangegeven dat zij niet weet of dat het geval is en gesteld dat de focus ligt op de declaraties waar de code voor huisarts is ingevuld).

4.10. Naar aanleiding van de uitkomst van de enquête heeft Achmea [stichting] erop gewezen dat de door Achmea betaalde declaraties voor laboratoriumonderzoeken, waaraan geen aanvraag van een huisarts of medisch specialist ten grondslag ligt, op grond van de polisvoorwaarden niet voor vergoeding in aanmerking komen. Achmea heeft daarbij aanspraak gemaakt op terugbetaling van deze declaraties. [stichting] heeft hieraan geen gevolg gegeven. Voor 2011 en 2012 heeft Achmea [stichting] geen nieuwe overeenkomst aangeboden.

4.11. Achmea heeft diverse conservatoire beslagen gelegd ten laste van [stichting], [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2].

5. Het geschil

in de zaak 10-2581 in conventie en in de zaak 10-2580

5.1. Achmea vordert - samengevat - veroordeling van [gedaagde c.s]. tot terugbetaling van declaraties betrekking hebbend op in de periode 2007-2010 verrichte laboratoriumonderzoeken tot een bedrag van € 1.375.595,58, vermeerderd met rente en proceskosten, waaronder beslagkosten.

5.2. Achmea legt aan haar vordering ten grondslag de stelling - samengevat -, dat [stichting] de in het

geding zijnde laboratoriumonderzoeken (die op verzoek van overige eerstelijns zorgverleners) niet bij Achmea had mogen declareren, omdat het gaat om zorg waarop haar verzekerden geen aanspraak hebben. Op grond van de polisvoorwaarden hebben de verzekerden van Achmea namelijk alleen recht op vergoeding van laboratoriumonderzoeken, indien hieraan een aanvraag van een huisarts of een medisch specialist ten grondslag ligt en deze aanvraag ontbreekt in de onderhavige gevallen. [stichting] had kunnen en moeten weten dat een aanvraag van een huisarts of medisch specialist vereist is om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van laboratoriumonderzoeken. Dat Achmea de aanspraak op vergoeding van zorg mag beperken tot gevallen, waarin die zorg is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist, volgt uit de parlementaire geschiedenis van de Zvw en het Besluit zorgverzekering. Waar geen aanspraak bestaat op zorg, maar de gecontracteerde zorgaanbieder [stichting] die toch verleent, heeft de zorgaanbieder geen recht op betaling van de geleverde zorg door de zorgverzekeraar (Achmea). [stichting] had dus, alvorens de zorg te verlenen, moeten vaststellen (aan de hand van de polisvoorwaarden) of de bewuste verzekerde aanspraak had op vergoeding van de zorg. Ter ondersteuning van haar stelling dat een zorgaanbieder verplicht is om zich te vergewissen van de polisvoorwaarden beroept Achmea zich op een recente uitspraak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

5.3. De persoonlijke aansprakelijkheid van [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] vloeit volgens Achmea voort uit het feit dat [stichting] heeft gefraudeerd door te doen voorkomen dat de litigieuze laboratoriumonderzoeken zijn aangevraagd door huisartsen. Daarbij is niet relevant dat de bestuurders mogelijk niet wisten van de fraude, aangezien zij daarvan behoorden te weten, aldus Achmea. Evenmin is van belang, zo stelt Achmea, of [stichting] de code huisarts heeft aangeleverd aan Mediparc of dat Mediparc eigener beweging deze code heeft ingevuld, omdat de handelingen van Mediparc onder de verantwoordelijkheid vallen van [gedaagde sub 1] (artikel 6:76 BW). Ter ondersteuning van haar stelling dat Mediparc namens [stichting] de code 0100 (de code die staat voor huisarts) heeft ingevuld in veld 0418, heeft Achmea tijdens het pleidooi een uitvoerige weergave van het declaratieproces gegeven. Achmea heeft gesteld dat het 'openlaten' (door het invullen van de zogenaamde dummycode, dat wil zeggen acht nullen) van zowel veld 0417 (code verwijzer) als veld 0418 (soort verwijzer) niet mogelijk is, net zo min als het mogelijk is om beide velden in te vullen. In beide gevallen leidt dit automatisch tot een foutcode en was de declaratie door Achmea teruggestuurd, aldus Achmea. Achmea wijst erop dat [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] hebben gesteld dat Mediparc namens [stichting] veld 0417 steeds heeft ingevuld door middel van acht nullen (en dat de computer van Achmea hier code huisarts van heeft gemaakt). Dit kan volgens Achmea zo zijn, maar dan moet volgens Achmea, aangezien geen sprake is geweest van een foutcode, Mediparc namens [stichting] wél ook veld 0418 hebben ingevuld. Uit de door Achmea onderzochte declaraties over de periode 2007 – 2010 is, zo stelt Achmea, inderdaad gebleken dat veld 0148 is ingevuld, en wel met code 0100.

5.4. Wat betreft de juridische grondslag van de vordering jegens [stichting] stelt Achmea in haar pleitnota dat het gevorderde bedrag aan haar dient te worden terugbetaald op grond van de zorgverleningsovereenkomst (meer in het bijzonder de bepaling op grond waarvan Achmea gerechtigd is om ten onrechte betaalde declaraties terug te vorderen) of het leerstuk van onverschuldigde betaling. Tijdens het pleidooi heeft Achmea aangegeven ook de overige grondslagen, zoals aangevoerd in de dagvaarding (ongedaanmakingsverbintenis op grond van ingeroepen (partiële) ontbinding van de zorgverleningsovereenkomsten, wanprestatie, ongerechtvaardigde verrijking en onrechtmatige daad) te handhaven. De juridische grondslag van de vordering jegens [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] is onrechtmatige daad.

5.5. [gedaagde c.s.] voert in de eerste plaats als verweer dat Achmea alle betalingen heeft gedaan aan Mediparc, aan wie [gedaagde sub 1] haar vorderingen jegens Achmea destijds heeft gecedeerd. Reeds dit feit leidt er volgens [gedaagde c.s.] toe dat de vordering jegens haar moet worden

afgewezen. In de tweede plaats stelt [gedaagde c.s.] zich op het standpunt dat [stichting] gerechtigd was de kosten van de onderhavige laboratoriumonderzoeken bij Achmea te declareren en de declaraties terecht vergoed heeft gekregen. Voorts betoogt [gedaagde c.s.] dat sprake is van eigen schuld van Achmea doordat zij niet aan haar schadebepenkingsplicht heeft voldaan. Zij voert daartoe aan dat Achmea de vordering heeft laten oplopen door vanaf 2007 de gedeclareerde bedragen te voldoen, zelfs nadat zij in 2009 een klacht had ontvangen. Achmea had zich eerder kunnen en moeten realiseren dat [stichting] laboratoriumonderzoeken op aanvraag van overige eerstelijns zorgverleners declareerde. Dit laatste leidt volgens [gedaagde c.s.] tevens tot de conclusie dat Achmea, door [stichting] pas in 2010 aan te spreken op onterechte declaraties, te laat heeft geklaagd (artikel 6:89 BW). Ook de redelijkheid en de billijkheid staan er volgens [gedaagde c.s.] aan in de weg dat [stichting] de kosten van de verleende zorg zou moeten terugbetalen aan Achmea. Voorts betwist [gedaagde c.s.] de hoogte van de vordering. Ten slotte betwisten [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] (en [stichting]) dat Mediparc de code voor huisarts heeft ingevuld bij het elektronisch declareren. Mediparc heeft daarentegen een zogenaamde dummycode (acht nullen) ingevuld en de computers van Achmea hebben deze code kennelijk gewijzigd in de code voor huisarts, aldus [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] (en [stichting]).

5.6. Op de stellingen van partijen wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

in de zaak 10-2581 in reconventie

5.7. [stichting] vordert na eiswijziging:

1. Achmea te veroordelen haar verplichtingen uit hoofde van de overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2010 na te komen;
2. Achmea te veroordelen tot betaling van de openstaande facturen van [stichting] van € 109.761,34, zulks binnen 14 dagen na het in deze te wijzen vonnis, vermeerderd met de wettelijke rente conform artikel 6:119a BW vanaf de vervaldag van de factuur tot de dag der betaling;
3. Achmea te veroordelen [gedaagde stichting] een Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2011 en 2012 aan te bieden die gelijklopend is aan de Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2010, althans met [stichting] in onderhandeling te treden om te komen tot de Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2011 en 2012 die gelijklopend is aan de Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2010;
4. Achmea te veroordelen om hangende deze onderhandelingen alle declaraties die [stichting] bij Achmea indient (die betrekking hebben op de periode vanaf 4 augustus 2010) op de tussen partijen gebruikelijke wijze aan [stichting] te vergoeden;
5. te bepalen dat Achmea een dwangsom is verschuldigd van € 5.000,-- voor elke dag dat Achmea in gebreke blijft te voldoen aan het bepaalde genoemd in onderdeel 1 en/of 3 en/of 4 tot een maximum van € 500.000,--;
6. te bepalen dat iedere BIG-geregistreerde arts of een andere beoefenaar van een (para)-medisch beroep in de eerstelijns een bevoegde aanvrager is voor OVP's zoals laboratoriumonderzoek, zulks in de zin van de Zorgverzekeringswet en daaraan gelieerde ministeriële regelingen, en dat een zorgverzekeraar daar niet ten nadele van een zorgaanbieder en verzekerden van kan afwijken;
7. Achmea te veroordelen tot vergoeding van de schade van [stichting], op te maken bij staat en te vereffenen volgens de wet, te vermeerderen met de wettelijke rente conform artikel 6:119a BW;
8. Achmea te veroordelen in de kosten van het geding.

5.8. Achmea voert verweer. Op de stellingen van partijen wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

6. De beoordeling

in de zaak 10-2581 in conventie en in de zaak 10-2580
verweer: geen vorderingsrecht tegen [stichting] vanwege cessie

6.1. Het verweer van [gedaagde c.s.] dat de vordering van Achmea reeds moet worden afgewezen omdat zij alle betalingen heeft gedaan aan Mediparc, aan wie [stichting] haar vorderingen jegens Achmea destijds heeft gecedeerd, faalt. Voor een rechtsgeldige cessie is mededeling aan de schuldenaar vereist. Volgens Achmea ontbreekt deze mededeling. Achmea heeft terecht aangevoerd dat zij uit het feit dat Mediparc namens [stichting] declareerde niet zonder meer kan worden afgeleid dat daarmee werd beoogd mededeling te doen van de gestelde cessie. Nu gesteld noch gebleken is dat op andere wijze bovenbedoelde mededeling heeft plaatsgevonden, gaat reeds op deze grond het verweer van [gedaagde c.s.] dat Achmea geen vorderingsrecht heeft jegens haar, niet op.

Verweer: [gedaag[stichting] heeft de in dit geding zijnde declaraties terecht vergoed gekregen

6.2. De rechtbank stelt voorop dat als onvoldoende gemotiveerd weersproken vast staat dat op grond van de door Achmea gehanteerde polisvoorwaarden haar verzekerden geen aanspraak kunnen maken op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoeken, waaraan geen aanvraag van een huisarts of een medisch specialist of een andere, krachtens de polisvoorwaarden bevoegde verwijzer ten grondslag ligt. Waar Achmea zich bij dagvaarding nog beriep op artikel 2 van de polisvoorwaarden 2007 met betrekking tot ZBC's, beroept zij zich bij conclusie van dupliek op artikel 15 van deze polisvoorwaarden (en bepalingen van gelijke strekking in de polisvoorwaarden 2008-2010) aangaande huisartsenzorg. Naar het oordeel van de rechtbank kan in het midden blijven of de laboratoriumonderzoeken onder het bereik van artikel 2 (ZBC) of van artikel 5 (Huisartsenzorg) vallen, aangezien in beide gevallen een aanvraag door een overige eerstelijns zorgverlener niet leidt tot een aanspraak op de onder deze artikelen bedoelde zorg. Daarvoor is immers een verwijzing/aanvraag van een huisarts of medisch specialist (ZBC) respectievelijk een aanvraag van een huisarts (Huisartsenzorg) vereist. Het betoog van [gedaagde c.s.], inhoudende dat in de polisvoorwaarden niet staat dat laboratoriumonderzoeken aangevraagd door andere eerstelijnsartsen dan de huisarts niet worden vergoed en dat zulks in combinatie met het bepaalde in artikel 10 Zvw leidt tot de conclusie dat de verzekerden in kwestie wel aanspraak hebben op vergoeding van de laboratoriumonderzoeken, faalt. Hetzelfde geldt voor het betoog van [gedaagde c.s.] dat als zou komen vast te staan dat Achmea een aanvraag van een huisarts, verloskundige of medisch specialist eist voor het vergoeden van laboratoriumonderzoeken, Achmea daarmee in strijd handelt met de wet. De rechtbank licht dit als volgt toe.

6.3. De Zvw bevat het wettelijk kader van het zorgverzekeringsstelsel in Nederland. Artikel 10 Zvw bevat de basis voor het verzekerde pakket:

“Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:
Geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden (...)”

Artikel 11 Zvw verwoordt de zogenoemde zorgplicht van de verzekeraars:

“ De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten”

Van belang is dat de Zvw niet bepaalt in welke gevallen en onder welke voorwaarden er een

aanspraak op (geneeskundige) zorg bestaat voor individuele verzekerden, maar in zijn algemeenheid dat “geneeskundige zorg” een vorm van zorg is waarop onder de zorgverzekering aanspraak moet kunnen bestaan. De bedoeling van de wetgever met betrekking tot de omvang van “geneeskundige zorg” en de rol van de zorgpolis hierin blijkt uit de volgende passage uit de Kamerstukken II, 29763 nr. 3, p. 41-42:

“Met de formulering “plegen te bieden” met daaraan gekoppeld de aanduiding van een “beroepsbeoefenaar” worden de inhoud en omvang van de zorg bepaald. Door in de omschrijving de maat te nemen van voor iedereen kenbare hulpverleners, is het duidelijk welke zorg het betreft. (...) Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren zijn die in de bepaling genoemd worden. (...) Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen gezondheidszorg betrekking hebben.”

In de Nota van Toelichting op het Besluit Zorgverzekering staat het volgende (Stb 2005 389):

(p. 18-19):

“ De functiegerichte omschrijving houdt in dat alleen nog maar bij wettelijk voorschrift geregeld is wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die zorg wordt verleend, is in het gekozen functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten.

(...)

Anders dan bij de Ziekenfondswet, regelt de Zvw dus niet alle elementen meer die voor de verzekerde relevant zijn om te weten waar hij uit hoofde van zijn zorgverzekeringsovereenkomst aanspraak op heeft. Alle elementen die daarvoor relevant zijn, leest hij in zijn zorgpolis. Het gaat daarbij immers om uitwerking van zowel de wettelijke voorschriften als de overeengekomen voorschriften. De zorgpolis omschrijft de zorg waarop aanspraak bestaat, dan wel bij restitutie welke zorg wordt vergoed, (...) Uitgangspunt is dat in de zorgpolis staat vermeld welke zorg door wie wordt verleend, waar deze wordt verleend en welke voorwaarden gelden, wil op deze zorg aanspraak bestaan, dan wel willen de kosten worden vergoed.”

(p. 39):

“ Verder valt onder de geneeskundige zorg ook het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. ”

Achmea heeft in lijn met de bedoeling van de wetgever in haar polisvoorwaarden geregeld welke zorg door wie wordt verleend en welke voorwaarden in dat verband gelden. Achmea is niet gehouden om in haar polisvoorwaarden te omschrijven in welke gevallen zorg niet is gedekt; dat is logischerwijs de zorg, waaronder laboratoriumonderzoeken, die is verleend door een andere beroepsbeoefenaar dan de in de polisvoorwaarden aangewezen hulpverlener, dan wel is aangevraagd door een niet in de polisvoorwaarden aangewezen verwijzer, zoals - in casu - een orthomoleculair arts of diëtist. De stelling van [gedaagde] c.s., dat Achmea met het aanbrengen van een beperking in de kring van bevoegde verwijzers, in strijd met de wet, haar plicht tot het verlenen van zorg, waaraan behoefte bestaat, eenzijdig beperkt, is gelet op het voorgaande onjuist.

6.4. De conclusie van het voorgaande is dat de verzekerden van Achmea geen aanspraak hebben op vergoeding van de litigieuze laboratoriumonderzoeken.

6.5. De volgende vraag, die beantwoord moet worden, is wat dit betekent voor de relatie Achmea-[stichting].

Achmea stelt zich op het standpunt dat [gedaag[stichting] alleen recht heeft op vergoeding van door haar verrichte zorg waarop haar verzekerden aanspraak hebben op basis van de Zvw en de polisvoorwaarden. Dit volgt volgens Achmea uit het wettelijk kader van het zorgverzekeringsstelsel in Nederland. Dit zorgregulatorisch stelsel is, zo stelt Achmea, overigens ook contractrechtelijk gekoppeld aan de relatie Achmea-[stichting], nu de tekst van de overeenkomsten 2007-2010 naadloos aansluit op de polisvoorwaarden. In dit verband verwijst Achmea naar artikel 2.3 van de overeenkomsten 2007-2009 en artikel 3.3. van de overeenkomst 2010, waarin staat dat de verzekerde moet zijn doorverwezen door een bevoegde (wat betreft de overeenkomst 2010 daarin nader gedefinieerde) verwijzer (r.o. 4.8.). [gedaagde] c.s. voert daartegenover aan dat de jaarlijkse overeenkomsten met Achmea alleen betrekking hebben op DBC's, niet ook op laboratoriumonderzoeken op aanvraag van eerstelijns artsen. Volgens [gedaagde c.s.] is het in de zorgbranche gebruikelijk dat, als tussen een zorgverzekeraar en een zorgverlener een overeenkomst voor DBC's is gesloten, ook OVP's rechtstreeks kunnen worden gedeclareerd. De rechtbank begrijpt het standpunt van [gedaagde c.s.] aldus dat het rechtstreeks declareren van bedoelde OVP's berust op de schriftelijke overeenkomst met betrekking tot DBC's, in die zin dat het bestaan van deze overeenkomst noodzakelijk is om ook OVP's rechtstreeks bij de verzekeraar te kunnen declareren, maar dat voor het overige de bepalingen van die overeenkomst (waaronder de verwijzingsclausule) niet van toepassing zijn. Daarnaast berust volgens [gedaagde] c.s. het rechtstreeks mogen declareren bij Achmea van buiten de DBC-systematiek vallende laboratoriumonderzoeken op het verzoek van Achmea in haar brief van 27 september 2007 om alle declaraties via VECOZO in te dienen (r.o. 4.7.).

6.6. In het midden kan blijven of de overeenkomsten 2007-2010 van toepassing zijn op de buiten de DBC-systematiek vallende laboratoriumonderzoeken. Is dit wél het geval, dan had [gedaag[stichting] de in dit geding zijnde zorg (laboratoriumonderzoeken op aanvraag van overige eerstelijns zorgverleners) niet mogen verlenen en declareren vanwege de in de overeenkomsten opgenomen verwijzingsclausule. Gelet op het zorgregulatorisch stelsel, waarbij - naar [stichting] behoort te weten - de zorgpolis mede bepaalt of een verzekerde aanspraak heeft op zorg, had [stichting] de term "bevoegde verwijzer" niet anders kunnen en mogen uitleggen dan als bevoegde verwijzer in de zin van de polisvoorwaarden.

Als de overeenkomsten, zoals [gedaagde c.s.] stelt, niet van toepassing zijn op de in dit geding zijnde zorg (omdat zij alleen betrekking hebben op DBC's), dan geldt dat in de zorgbranche kennelijk gebruikelijk is, althans in ieder geval tussen Achmea en [gedaagde] c.s. in confesso is, dat ook laboratoriumonderzoeken op aanvraag van huisartsen rechtstreeks mogen worden gedeclareerd. [gedaagde] c.s. heeft echter onvoldoende onderbouwd dat in de zorgbranche gebruikelijk is dat wanneer de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder een overeenkomst voor DBC's hebben gesloten, ook laboratoriumonderzoeken waarop geen aanspraak bestaat rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kunnen worden gedeclareerd. Een dergelijk gebruik blijkt in ieder geval niet uit de door [stichting] als productie 8 overgelegde brief van de heer G. Jager, want daarin wordt niet gerept over verwijzingsclausules. Het kan dus heel goed zijn, en de rechtbank acht dit veeleer aannemelijk, dat in deze brief wordt bedoeld aan te geven dat indien tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder een overeenkomst met betrekking tot DBC's bestaat, het gebruikelijk is dat ook buiten de DBC-systematiek vallende OVP's, mits aangevraagd door bevoegde verwijzers, rechtstreeks worden gedeclareerd. Zonder nadere toelichting, die ontbreekt, valt immers niet in te zien dat Achmea zorg, waarop geen aanspraak bestaat, zou willen voorfinancieren. Het verzoek van Achmea om alle declaraties via VECOZO in te dienen heeft [stichting] naar het oordeel van de rechtbank dan ook nimmer mogen begrijpen als een verzoek om ook laboratoriumonderzoeken, waarop geen aanspraak

bestaat, te declareren bij Achmea. De declaratieprotocollen bieden, anders dan [gedaagde c.s.] betoogt, daarvoor geen aanknopingspunt. Uit de onder de feiten opgenomen bepalingen uit de respectieve declaratieprotocollen (r.o. 4.6. en 4.8.) volgt evident dat Achmea hiermee beoogt te bewerkstelligen dat de zorgaanbieder (in casu [stichting]) de in het kader van de overeenkomst verleende zorg uitsluitend rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert. Dáár ligt de nadruk op. Gelet op de strekking van deze bepaling en aangezien niet aannemelijk is dat Achmea zorg, waarop geen aanspraak bestaat, wil voorfinancieren, kan aan het gebruik van het woordje “kan” niet de gevolgtrekking worden verbonden dat het [stichting] vrijstond om te kiezen tussen declareren aan verzekerde en declareren aan Achmea. Haar stelling, dat zij heeft mogen aannemen dat als Achmea de zorg niet zelf zou betalen, zij deze zou doorbelasten aan haar verzekerden omdat zulks gebruikelijk is, heeft [gedaagde c.s.] evenmin voldoende onderbouwd. De verwijzing van [gedaagde c.s.] in dit verband naar de door [stichting] als productie 68 overgelegde brief d.d. 6 mei 2011 van Achmea aan een verzekerde, biedt geen steun aan de opvatting van [gedaagde c.s.] In deze brief schrijft Achmea aan haar verzekerde dat zij met zorgverleners afspraken heeft gemaakt over het rechtstreeks indienen van declaraties, dat zij op basis van die afspraken declaraties volledig uitbetaalt aan zorgverleners, maar dat het kan zijn dat de verzekerde geen recht heeft op (volledige) vergoeding in welk geval de verzekerde zal worden gevraagd een bedrag terug te betalen. Nu iedere verzekerde een eigen risico heeft en de dekking van aanvullend verzekerde zorg (vaak) gemaximeerd is tot een bepaald bedrag of percentage van de kosten, heeft [gedaagde c.s.] naar het oordeel van de rechtbank onvoldoende onderbouwd dat de brief niet op deze situaties (eigen risico of eigen bijdrage) ziet, maar juist op de in dit geding zijnde situatie waarin vanwege het ontbreken van een aanvraag van een bevoegde verwijzer überhaupt geen aanspraak bestaat op vergoeding.

6.7. Gelet op het hiervoor overwogene mocht [gedaag[stichting] het verzoek van Achmea in haar brief van 27 september 2007 niet anders uitleggen dan als een verzoek om alle verleende zorg, waarop de verzekerden van Achmea aanspraak hebben, rechtstreeks bij Achmea te declareren. De stelling van [gedaagde c.s.] dat Achmea in het verleden (vóór 2007) ook facturen heeft betaald voor laboratoriumonderzoeken, die niet waren aangevraagd door een huisarts of medisch specialist, maakt dit niet anders. Gesteld noch gebleken is immers dat Achmea er in die gevallen van op de hoogte was dat een aanvraag van een huisarts of medisch specialist ontbrak. Aan bedoelde uitbetalingen kan [stichting] dan ook niet het gerechtvaardigd vertrouwen hebben ontleend dat laboratoriumonderzoeken op aanvraag van overige eerstelijns zorgverleners zijn verzekerd onder de polis van Achmea.

6.8. [gedaagde c.s.] heeft zich er nog op beroepen dat in een andere door haar overgelegde zorgverleningsovereenkomst tussen haar en Achmea met betrekking tot 2007 is opgenomen dat “Verwijzing dient te geschieden door een BIG-geregistreerde arts”. Volgens [stichting] heeft zij door ondertekening van deze overeenkomst het aanbod van Achmea tot het sluiten van die overeenkomst aanvaard en golden er in 2007 dus twee overeenkomsten. Hiertegenover heeft Achmea gesteld dat zij de bewuste overeenkomst niet heeft kunnen terugvinden in haar administratie en aangevoerd dat de overeenkomst, anders dan de door haarzelf in het geding gebrachte overeenkomsten, niet is getekend door Achmea en derhalve toepassing mist. De rechtbank volgt Achmea hierin. Het ligt niet voor de hand dat over het jaar 2007 twee overeenkomsten van toepassing zijn tussen partijen waarin dezelfde onderwerpen worden geregeld. Nu alleen de door Achmea in het geding gebrachte overeenkomst 2007 door Achmea (en [stichting]) is ondertekend, moet deze overeenkomst, bij gebreke van een aanknopingspunt voor het van toepassing achten van de andere overeenkomst, geacht worden de tussen partijen geldende afspraken weer te geven.

6.9. Nu [gedaag[stichting] alleen recht heeft op vergoeding van door haar verrichte zorg voor zover de verzekerde van Achmea krachtens de polisvoorwaarden aanspraak heeft op die zorg en [stichting] er niet zonder meer op mocht vertrouwen dat die aanspraak bestond, was het aan [stichting] om zich

te vergewissen van de voor de verzekerde van Achmea geldende polisvoorwaarden. Ook de minister van VWS is van oordeel dat een zorgaanbieder hiertoe gehouden is getuige een door Achmea aangehaalde recente uitspraak van deze minister (gedaan in het kader van Kamervragen naar aanleiding van de zaak Europsyche vs CZ (Vzr. Rechtbank Breda 15 mei 2012, LJN BW 5797)):

“Een instelling van of zorgprofessional hoort zich bij het verlenen van zorg ook vooraf op de hoogte te hebben gesteld dan de criteria waaraan de te verlenen zorg of dienst moet voldoen en de regelgeving en polisvoorwaarden die hierop van toepassing zijn.” (Kamerstukken II, 29 689, nr. 413, p. 24)”

Gelet het hiervoor overwogene kan in het midden blijven of [stichting] wist dat onder de polis van Achmea alleen aanspraak bestaat op vergoeding van laboratoriumonderzoeken indien deze zijn aangevraagd door een huisarts of medisch specialist. [stichting] had dit immers behoren te weten en de onderhavige laboratoriumonderzoeken bij de verzekerden moeten declareren in plaats van bij Achmea.

6.10. De conclusie van het voorgaande is dat de declaraties voor de in het geding zijnde laboratoriumonderzoeken (de onderzoeken aangevraagd door overige eerstelijns zorgverleners) onverschuldigd aan [stichting] zijn betaald. Immers, aan de door Achmea gedane betalingen ligt geen overeenkomst ten grondslag. Noch de overeenkomsten 2007-2010, noch de brief van 27 september 2007 geven [stichting] het recht om ten behoeve van verzekerden van Achmea laboratoriumonderzoeken op aanvraag van overige eerstelijns zorgverleners te verrichten en de kosten daarvan bij Achmea te declareren.

6.11. Nu ingeval van onverschuldigde betaling geen sprake kan zijn van een plicht tot schadebeperking of eigen schuld aan de zijde van Achmea en ook artikel 6:89 BW (klachtplicht) geen toepassing kan vinden, behoeven de in dat verband aangevoerde stellingen geen bespreking. Ten slotte verwerpt de rechtbank het standpunt van [stichting] dat het naar maatstaven van redelijkheid en de billijkheid onaanvaardbaar is wanneer zij de kosten van de verleende zorg terug zou moeten betalen. De in dit verband door [stichting] aangevoerde omstandigheden (zij heeft geen winstoogmerk en kan de omzet van meerdere jaren niet ineens terugbetalen, haar primaire drijfveer is een betere gezondheid tegen lage kosten en alle gedeclareerde zorg is ook daadwerkelijk verleend) zijn onvoldoende om deze conclusie te rechtvaardigen.

6.12. Nu het als onverschuldigd betaald gevorderde bedrag een schatting betreft en door [stichting] wordt betwist, zal de rechtbank Achmea opdragen te bewijzen dat [stichting] voor een bedrag van € 1.375.595,58 declaraties heeft ingediend waaraan geen aanvraag van een bevoegd verwijzer ten grondslag lag. Omdat [stichting] over de aanvragen beschikt en Achmea voornoemd bewijs alleen kan leveren met behulp van die aanvragen, zal [stichting] op grond van artikel 22 Rv worden bevolen om alle aanvragen over de periode 2007-2010 van laboratoriumonderzoeken, verricht buiten de DBC-systematiek, in het geding te brengen.

6.13. De rechtbank houdt iedere verdere beslissing aan.

in de zaak 10-2581 in reconventie

6.14. Bij dagvaarding heeft Achmea een beroep gedaan op partiële ontbinding van de overeenkomsten 2007-2010, namelijk voor dat deel (volgens Achmea ca. 90%) van de laboratoriumonderzoeken waaraan geen aanvraag van een bevoegd verwijzer ten grondslag ligt. Dit beroep op ontbinding kan worden gekwalificeerd als een schriftelijke verklaring tot ontbinding als bedoeld in artikel 6:267 BW. De vorderingen van [stichting] onder 1 en 2 zijn gebaseerd op de stelling

dat Achmea de overeenkomst 2010 niet rechtsgeldig heeft ontbonden en dat zij die dus gewoon moet nakomen. Dit betekent dat Achmea nog een bedrag van € 109.761,34 aan [stichting] dient te betalen, aldus [stichting]. Nu de onder 1 gevorderde nakoming blijkt de stellingen van [gedaagstichting] feitelijk gelijk is aan het gevorderde onder 2 (betaling van € 109.761,34) heeft [stichting] naar het oordeel van de rechtbank geen belang bij haar vordering onder 1 en zal die vordering worden afgewezen.

6.15. In conventie is overwogen dat de in het geding zijnde declaraties onverschuldigd zijn betaald, omdat daaraan geen overeenkomst ten grondslag lag. Gesteld noch gebleken is dat met betrekking tot de wél binnen het bereik van de tussen partijen gesloten overeenkomsten vallende zorg sprake is van wanprestatie aan de zijde van [stichting]. Naar het oordeel van de rechtbank heeft Achmea de overeenkomst 2010 dan ook niet rechtsgeldig ontbonden. Dit betekent dat Achmea de declaraties van [stichting] gewoon moet vergoeden, mits de verzekerden op grond van de polisvoorwaarden aanspraak hebben op deze zorg. Ten aanzien van de onder 2 gevorderde declaraties overweegt de rechtbank dat [stichting] echter in het geheel niet duidelijk heeft gemaakt of die aanspraak bestaat. Zij heeft immers niet aangegeven wie de aanvrager/doorverwijzer van de verleende zorg is. Daarbij komt dat Achmea heeft aangevoerd dat de vordering van [stichting] ziet op alle verzekeringsmerken behorend tot het Achmea concern en beperkt moet worden tot gedaagde in reconventie (Zilveren Kruis Achmea, in dit vonnis aangeduid als Achmea), terwijl voorts mogelijk is dat verzekerden van Achmea declaraties al rechtstreeks hebben betaald aan [stichting] nu deze verzekerden naar aanleiding van de ontbinding zelf nota's hebben ontvangen van [stichting]. De rechtbank zal [stichting] in de gelegenheid stellen om haar stellingen op voornoemde punten (wie is de verwijzer, wie is de verzekeraar en staan de declaraties nog open) toe te lichten bij akte, waarna Achmea daarop bij antwoordakte zal mogen reageren.

6.16. Onder 3 vordert [stichting] veroordeling van Achmea om [stichting] een Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2011 en 2012 aan te bieden die gelijkkluidend is aan de Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2010, althans met [stichting] in onderhandeling te treden om te komen tot de Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2011 en 2012 die gelijkkluidend is aan de Overeenkomst Medisch Specialistische Zorg 2010. [stichting] voert daartoe aan dat Achmea een grote zorgverzekeraar is in Nederland en dat zij voor een groot deel van haar omzet afhankelijk is van Achmea. Daarnaast levert [stichting], zo stelt zij, door de samenwerking met [bedrijf] unieke zorg. In dit verband verwijst zij naar een aantal verklaringen van professoren en doctoren, die allen de nagenoeg unieke positie en noodzaak van de door [stichting] verrichte laboratoriumonderzoeken onderstrepen, aldus [stichting]. Voorts wijst [stichting] er op dat Achmea op grond van artikel 11 Zvw een zorgplicht heeft en dat Achmea niet heeft aangetoond dat zij haar zorgplicht nakomt als zij niet met [stichting] contracteert.

6.17. Achmea voert hiertegenover aan dat [stichting] zorg heeft verleend aan de verzekerden van Achmea waarop geen aanspraak bestond. [stichting] heeft de kosten voor die zorg 'gewoon' gedeclareerd bij Achmea en daarbij bovendien de schijn gewekt dat wél aanspraak bestond op die zorg door te doen voorkomen alsof een huisarts de betreffende laboratoriumonderzoeken zou hebben aangevraagd. Achmea wil geen zaken doen met een zorginstelling die duizenden keren in strijd met het contract en de wet declaraties indient, aldus Achmea. Daar komt bij, zo stelt Achmea, dat zij wettelijk verplicht is om doelmatig zorg in te kopen, terwijl de kosten van [stichting] voor laboratoriumonderzoeken gemiddeld drie keer zo hoog zijn als het landelijk gemiddelde. Voorts voert Achmea aan dat de zorgplicht niet in het geding is als zij geen contract sluit met [stichting]. Dit is, zo merkt Achmea op, door [stichting] ook niet gesteld. Bovendien laat de huidige praktijk zien dat Achmea's zorgplicht niet in het geding is, aangezien Achmea geen klachten heeft ontvangen van verzekerden over de toegankelijkheid van de zorg. Verder wijst Achmea er op dat zij nog niet lang zaken deed met [stichting] (pas sinds 2007). Ten slotte voert Achmea aan dat [stichting] voor haar omzet slechts beperkt afhankelijk is van Achmea, aangezien [stichting] zonder contract de door haar verleende zorg op restitutiebasis voor 80% kan declareren bij Achmea.

6.18. De rechtbank overweegt als volgt. Voor zover [stichting] heeft bedoeld te stellen dat Achmea haar zorgplicht schendt door na 2010 geen nieuwe overeenkomst aan te bieden aan [gedaag(stichting)], heeft [stichting] deze stelling onvoldoende onderbouwd. [stichting] heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat door Achmea aan haar verzekerden zorg wordt onthouden, waaraan zij behoefte hebben. Voorts geldt dat het Achmea in beginsel vrij stond en staat om geen nieuwe overeenkomst aan te gaan met [stichting]. Dit is slechts anders als de precontractuele goede trouw hieraan in de weg staat. Dit laatste is naar het oordeel van de rechtbank niet het geval. Ook als [stichting], anders dan Achmea stelt, in het declaratieverkeer niet heeft voorgewend dat de laboratoriumonderzoeken waren aangevraagd door huisartsen, rechtvaardigt het verlenen en vervolgens declareren van zorg, waarop geen aanspraak bestond, het niet afsluiten van nieuwe overeenkomsten. De vordering onder 3 en de daarop voortbouwende vordering onder 4 zullen derhalve worden afgewezen.

6.19. Op grond van het hiervoor overwogene ten aanzien van de vorderingen onder 1, 3 en 4 zal ook de onder 5 gevorderde dwangsom worden afgewezen.

6.20. Uit het in conventie onder r.o. 6.2. en r.o. 6.3. overwogene volgt dat ook de vordering onder 6 (verklaring voor recht inhoudende, kort gezegd, dat iedere BIG-geregistreerde arts of een andere beoefenaar van een (para)-medisch beroep in de eerstelijns een bevoegde aanvrager is voor OVP's zoals laboratoriumonderzoek) zal worden afgewezen.

6.21. Onder 7 vordert [[stichting] veroordeling van Achmea tot betaling van schade aan [stichting] op te maken staat en te vereffenen volgens de wet, te vermeerderen met de wettelijke rente conform artikel 6:119a BW. Aan deze vordering legt [stichting] ten grondslag dat Achmea tegenover de patiënten van [stichting], aanvragers van laboratoriumonderzoeken (waaronder huisartsen) en andere zorgverzekeraars heeft verklaard, althans in ieder geval de indruk heeft gewekt dat [stichting] fraude heeft gepleegd. [stichting] verwijst in dit verband naar een brief van Univé, een e-mail van de directeur van Mediparc waarin wordt gerefereerd aan een beschuldiging aan het adres van [stichting] geuit door Achmea tegen een verzekerde, alsmede naar door Achmea verstuurd 'dreigbrieven' aan huisartsen. [stichting] stelt dat zij als gevolg van deze onrechtmatige uitlatingen van Achmea schade heeft geleden in de vorm van omzetsderving.

6.22. Hiertegenover heeft Achmea aangevoerd dat het uitwisselen van informatie tussen verzekeraars in een onderzoek naar mogelijk frauduleus handelen niet als onrechtmatig kan worden aangemerkt. Achmea betwist voorts dat zij [stichting] ten overstaan van haar verzekerden heeft beticht van fraude; de e-mail van de directeur van Mediparc levert geen bewijs van deze stelling, aldus Achmea.

6.23. Met Achmea is de rechtbank het eens dat het uitwisselen van informatie tussen verzekeraars in een onderzoek naar mogelijk frauduleus handelen niet als onrechtmatig kan worden aangemerkt. Uit de brief van Univé volgt dat niet meer dan dit is gebeurd.

Ter zake de e-mail van de directeur van Mediparc overweegt de rechtbank dat in het midden kan blijven of hierin vorenbedoelde e-mail aangehaalde, door Achmea vermeend geuite beschuldiging ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en of Achmea hiermee onrechtmatig heeft gehandeld, aangezien niet aannemelijk is gemaakt dat deze beschuldiging op zichzelf tot schade bij [stichting] heeft geleid. Met betrekking tot de 'dreigbrieven' aan huisartsen merkt de rechtbank op dat zij begrijpt dat [stichting] hiermee doelt op de als productie 18 tot en met 22 door Achmea overgelegde brieven. In deze brieven, die alle betrekking hebben op de periode na beëindiging van de samenwerking tussen partijen, vraagt Achmea diverse huisartsen om een vragenformulier in te vullen om zodoende te kunnen vaststellen of een uit naam van die huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek ook daadwerkelijk is aangevraagd door die bewuste huisarts (en dat de

aanvragen niet achteraf zijn voorzien van een stempel van de huisarts of iets dergelijks). Achtergrond van dit verzoek is, zo legt Achmea in de bewuste brief uit, dat zij heeft geconstateerd dat [stichting] op zoek is naar andere wegen om het laboratoriumonderzoek voor vergoeding in aanmerking te laten komen, namelijk door huisartsen te benaderen met het verzoek om uit hun naam onderzoeksvragen te (laten) ondertekenen voor patiënten die niet in hun praktijk ingeschreven staan en/of die zij niet kennen, niet bij hen onder behandeling staan, en/of die zij nog nooit hebben gezien. Bij gebreke van een reactie van de huisarts binnen de gestelde termijn, volgen mogelijkerwijs maatregelen, zo volgt uit de op een na laatste alinea van de brief. Door deze brieven zouden de huisartsen huiverig zijn geworden om een aanvraag voor een laboratoriumonderzoek te doen bij [stichting], zo stelt [stichting].

De rechtbank kan dit betoog in samenhang met de bedoelde brieven niet anders uitleggen dan dat [stichting] schade (door minder aanvragen) stelt te hebben geleden als gevolg van het 'dreigement' aan het adres van de huisartsen, waarmee met 'dreigement' wordt bedoeld op het nemen van maatregelen jegens de bewuste huisarts zelf indien deze niet reageert op de brief van Achmea. Zonder nadere toelichting, die ontbreekt, valt echter niet in te zien dat dit 'dreigement' aan het adres van de huisarts een onrechtmatige daad oplevert van Achmea jegens [stichting]. In het midden kan blijven of het eerder in de brief aan [stichting] gemaakte verwijt (dat [stichting] op zoek is naar andere wegen om het laboratoriumonderzoek voor vergoeding in aanmerking te laten komen) een onrechtmatige uitlating betreft, nu gesteld noch gebleken is dat [stichting] als gevolg van die uitlating schade heeft geleden.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat ook de vordering onder 7 zal worden afgewezen.

6.24. De rechtbank houdt iedere verdere beslissing aan.

in de zaak 10-2581 in conventie en in reconventie en in de zaak 10-2580

6.25. De zaak zal worden verwezen naar de rol voor het overleggen van stukken ex artikel 22 Rv door [stichting] waartoe een bevel aan [stichting] zal worden gegeven (r.o. 6.12.), alsmede voor het nemen van een akte door [stichting] over hetgeen is vermeld onder r.o. 6.15. Vervolgens zal Achmea in de gelegenheid worden gesteld om bij antwoordakte in reconventie op voornoemde akte te reageren, waarna de rechtbank in een tweede tussenvonnissen zal beslissen of er in reconventie nog bewijs dient te worden geleverd en zo ja, een daartoe strekkende bewijsopdracht geven. In datzelfde, tweede tussenvonnissen zal aan Achmea het bewijs worden opgedragen als bedoeld in r.o. 6.12. Deze bewijsopdracht zal vooralsnog alleen worden verstrekt in de zaak 10-2581 en komt in de zaak 10-2580 pas aan de orde indien de rechtbank heeft vastgesteld dat [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] persoonlijk aansprakelijk zijn jegens Achmea.

in de zaak 10-2580 met betrekking tot bestuurdersaansprakelijkheid

6.26. De rechtbank heeft tijdens het pleidooi toegezegd dat als zij het declaratieproces en hetgeen Achmea daaromtrent heeft gesteld relevant acht voor haar besluitvorming in de onderhavige zaak, [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] alsnog de gelegenheid krijgen hierop te reageren. Nu de rechtbank heeft geoordeeld dat [stichting] de litigieuze laboratoriumonderzoeken ten onrechte vergoed heeft gekregen, dient thans beoordeeld te worden of [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] voor de als gevolg hiervan door Achmea geleden schade aansprakelijk kunnen worden gehouden. Aangezien de rechtbank van oordeel is dat onder omstandigheden het vermeend invullen van code huisarts door Mediparc namens [stichting] tot persoonlijke aansprakelijkheid van (een van) de bestuurder (s) van [stichting] zou kunnen leiden, zal de rechtbank [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] conform haar toezegging in de gelegenheid stellen bij akte te reageren op de stellingname van Achmea omtrent het declaratieproces en de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen in dit verband. Hierna zal de zaak in beginsel worden verwezen naar de rol voor vonnis.

6.27. De rechtbank houdt iedere verdere beslissing aan.

7. De beslissing

De rechtbank

in de zaak 10-2581 in conventie en in reconventie

7.1. verwijst de zaak naar de rol van 12 juni 2013 voor het nemen een akte door [stichting] over hetgeen is vermeld onder 6.15., waarna Achmea op de rol van zes weken daarna een antwoordakte kan nemen;

7.2. beveelt [stichting] om alle aanvragen over de periode 2007-2010 van laboratoriumonderzoeken, verricht buiten de DBC-systematiek, op de onder 7.1. genoemde rolzitting in het geding te brengen;

7.3. houdt iedere verdere beslissing aan;

in de zaak 10-2580

7.4. bepaalt dat de zaak weer op de rol zal komen van 12 juni 2013 voor het nemen van een akte door [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] over hetgeen is vermeld onder 6.26.,

7.5. houdt iedere verdere beslissing aan.

Dit vonnis is gewezen door mr. J.M. Eelkema, mr. J.K.J. van den Boom en mr. G.A. Bos en in het openbaar uitgesproken op 1 mei 2013.?
