



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, verjaring, datum
ontstaan vordering, motivering beslissing
Zaaknummer : 201601352
Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 7:942 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van 'individuele begeleiding' die heeft plaatsgevonden van augustus tot en met december 2010 (verder: de aanspraak). Bij brief van 9 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. De zorgverzekeraar heeft in deze brief dat als verzoekster het niet eens is met deze beslissing, zij een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen onderzocht of de nota's - als deze tijdig zouden zijn ingediend - voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen. Volgens de zorgverzekeraar bestond in 2010 geen aanspraak op vergoeding, omdat niet is voldaan aan de polisvoorwaarden.
- 3.3. Bij brief van 8 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 27 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Op grond van artikel 114 lid 3 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.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 10 mei 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster had over de periode van 3 juni 2010 tot en met 31 december 2010 een persoonsgebonden budget (hierna: PGB) op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) van netto € 3.367,78. Verzoekster heeft een deel van dit PGB gebruikt voor een behandelprogramma in verband met agorafobie (straatvrees). Het Zorgkantoor heeft achteraf vastgesteld dat verzoekster het PGB niet hiervoor had mogen gebruiken omdat sprake was van een 'behandeling', en heeft daarom een bedrag van € 2.498,07 teruggevorderd. Verzoekster heeft bezwaar gemaakt tegen dit besluit van het Zorgkantoor, maar het bezwaar is ongegrond verklaard. Ook het beroep en hoger beroep tegen de beslissing op bezwaar zijn door de rechtbank te Groningen respectievelijk de Centrale Raad van Beroep afgewezen.
- 4.2. Verzoekster heeft na de uitspraak in hoger beroep de nota's van de in 4.1 genoemde behandeling ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze wil de nota's niet vergoeden, omdat zij zouden zijn verjaard. Dit is volgens verzoekster niet correct, omdat pas ná de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 18 juli 2014 is komen vast te staan dat sprake was van 'behandeling', en niet van 'begeleiding'. Daarom is eerst vanaf 18 juli 2014 sprake van een afdwingbare vordering. De termijn van drie jaren voor het instellen van een vordering tegen de zorgverzekeraar is derhalve niet overschreden. Daarnaast is de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 februari 2016 onvoldoende gemotiveerd en daarmee onzorgvuldig.
- 4.3. Verzoekster benadrukt dat de verleende zorg noodzakelijk was. Bovendien had zij de kosten hiervan niet zelf kunnen betalen, omdat zij al jaren van een bijstandsuitkering leeft.
- 4.4. In reactie op het door de zorgverzekeraar gestelde ontbreken van een verwijzing, stelt verzoekster dat destijds contact heeft plaatsgevonden met de huisarts en de behandelend coach. Ook is vooraf overleg gevoerd tussen verzoekster en het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor heeft het hele traject goedgekeurd. Verzoekster heeft een brief van de huisarts aan het CIZ van 1 juni 2010 overgelegd. De huisarts schrijft hierin het volgende: *"Status na scheiding. Altijd met dominante man getrouwd geweest. Altijd onder druk. Is vw de kinderen bij hem gebleven. Deze zijn nu volwassen. Gedurende deze periode altijd gespannen geweest. Nu verandering, lijkt verbetering te brengen, maar niet voldoende."*
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij steeds integer is geweest. Zij heeft van meet af aan kenbaar gemaakt dat zij de ondersteuning door de betreffende zorgaanbieder nodig heeft. De zorgverzekeraar stelt nu enerzijds dat de vordering is verjaard en anderzijds dat de behandelaar niet aan de criteria voldoet. Verzoekster licht toe dat eerst de bestuursrechtelijke kolom is doorlopen. Nadat in hoogste instantie de afwijzing was gehandhaafd, is nagegaan of een beroep kon worden gedaan op de zorgverzekering of op de bijzondere bijstand. Dat het zorgkantoor op enig moment het standpunt

had ingenomen dat het zorg ten laste van de zorgverzekering betreft, was voor verzoekster geen aanleiding om op dat moment hiernaar te handelen. Ten aanzien van de verjaring merkt verzoekster op dat hierbij een parallel kan worden getrokken met het civiel recht, en dat door de gevolgde procedure de verjaring is gestuit.

Als geen aanspraak bestaat op vergoeding, vraagt verzoekster de zorgverzekeraar om een coulancevergoeding.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft in januari 2016 nota's ter zake van individuele begeleiding uit 2010 ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze zijn afgewezen, omdat de betreffende vordering is verjaard. Een vordering op een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart op grond van artikel 7:942 BW na drie jaar.

5.2. Verzoekster is, anders dan zij zelf stelt, niet pas op 18 juli 2014 bekend geworden met de opeisbaarheid van de vordering, maar reeds op 20 januari 2012 toen zij de eindafrekening ter zake van het PGB ontving van het Zorgkantoor. Hieruit blijkt immers dat geen sprake was van 'begeleiding', maar van 'behandeling'.

5.3. Ondanks dat de vordering is verjaard, heeft de zorgverzekeraar - naar aanleiding van een verzoek daartoe door de Ombudsman Zorgverzekeringen - beoordeeld of verzoekster aanspraak had op de betreffende zorg als zij de nota's tijdig zou hebben ingediend. Het antwoord hierop luidt ontkennend, aangezien niet is voldaan aan de destijds toepasselijke polisvoorwaarden. Ten eerste heeft verzoekster geen verwijsbrief overgelegd. Ten tweede is de betreffende zorgaanbieder professioneel coach en relatietherapeut, en voldoet deze daarom niet aan de in de polisvoorwaarden gestelde eisen.

5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald. Daarnaast gevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de aanvraag destijds direct als klacht is behandeld. Ten aanzien van het coulanceverzoek merkt de zorgverzekeraar op dat alle verzekerden gelijk worden behandeld. Daarom wordt geen coulance toegepast.

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 A17 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 ter zake van GGZ-zorg uit 2010 alsnog 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 gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(...)

B16.1 Eerstelijnspsychologische zorg

Eerstelijns psychologische zorg is gericht op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van mensen met eenvoudige psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (bijvoorbeeld een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog) is niet nodig.

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog of een Europees gecertificeerd psychotherapeut (European Certificate of Psychotherapy, verleend door de European Association for Psychotherapy te Wenen), een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, een Orthopedagoog Generalist of een seksuologische hulpverlener die als seksuoloog geregistreerd staat in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Raadpleeg de lijst op www.menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice, T 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag van € 55 per zitting.

Verwijzing

U heeft alleen recht op eerstelijns psychologische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit noodzakelijk van een Bureau Jeugdzorg dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in art. 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

(...)

8.4. Artikel B16 van de zorgverzekering is volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch specialistische zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.7. In artikel 7:942 BW is bepaald dat een vordering op een verzekeraar naar 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."


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Gezien de door de zorgverzekeraar ingenomen stelling dient eerst te worden beoordeeld of de vordering van verzoekster al dan niet is verjaard, voordat eventueel aan de inhoudelijke beoordeling van de ter declaratie ingediende nota's kan worden overgegaan.
- 9.2. De ter declaratie ingediende nota's hebben betrekking op zorg die in 2010 is verleend. Verzoekster heeft destijds voor de financiering hiervan gebruik gemaakt van het aan haar op grond van de AWBZ toegekende PGB. Bij besluit van 20 januari 2012 heeft het Zorgkantoor in het kader van de eindafrekening PGB aan verzoekster medegedeeld dat voornoemde kosten niet ten laste van het PGB mogen worden gebracht en dat het hiermee gemoeide bedrag daarom wordt teruggevorderd. Verzoekster heeft vervolgens bezwaar gemaakt tegen voornoemd besluit, en heeft hierna beroep en hoger beroep ingesteld tegen de beslissing op bezwaar, evenwel zonder succes. Eerst ná de uitspraak in hoger beroep heeft verzoekster in januari 2016 de nota's ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 9.3. In artikel 7:942 BW is bepaald dat een rechtsvordering tegen een 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 (in dit geval verzoekster) met de opeisbaarheid hiervan bekend is geworden. Partijen verschillen van mening over het moment waarop verzoekster met de opeisbaarheid van de vordering bekend is geworden. Verzoekster stelt dat zij eerst op 18 juli 2014 (de uitspraak in hoger beroep) wist dat zij een vordering had op de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar daarentegen stelt dat verzoekster reeds op 20 januari 2012 (ten tijde van de eindafrekening van het PGB) hiermee bekend is geworden. De commissie overweegt dat verzoekster reeds bij ontvangst van de betreffende nota's van de zorgaanbieder bekend had kunnen zijn met de opeisbaarheid van de vordering. Blijkbaar verkeerde zij (naar later bleek ten onrechte) op dat moment echter nog in de veronderstelling dat deze kosten ten laste van het aan haar toegekende AWBZ-PGB konden worden gebracht. Voor zover haar dit niet verweten kan worden, geldt dat zij in ieder geval ná de ontvangst van de eindafrekening van het PGB op de hoogte was van het feit dat deze kosten niet ten laste van het PGB konden worden gebracht. De termijn van drie jaren voor de verjaring is dus in ieder geval uiterlijk 20 januari 2012 aangevangen. Dat verzoekster bezwaar heeft gemaakt tegen dit besluit, en daarna beroep en hoger beroep heeft aangetekend tegen de beslissing op bezwaar was een eigen keuze en maakt het voorgaande niet anders. Als verzoekster haar vordering op de zorgverzekeraar in afwachting van de uitkomst van de procedure tegen het Zorgkantoor had willen veilig stellen, had het op haar weg gelegen de vordering te stuiten door middel van een schriftelijke mededeling. Gesteld noch gebleken is dat zij dit heeft gedaan.


 9.4. Aangezien uit het bovenstaande blijkt dat de vordering is verjaard, wordt aan de inhoudelijke beoordeling van de vordering niet toegekomen.


 **Coulance**

 9.5. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.


 **Conclusie**

 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 mei 2017

 J.A.M. Strens-Meulemeester