

ECLI:NL:RBDHA:2023:5702

Instantie	Rechtbank Den Haag
Datum uitspraak	19-04-2023
Datum publicatie	02-05-2023
Zaaknummer	C/09/597507 / HA ZA 20-788
Rechtsgebieden	Verbintenissenrecht
Bijzondere kenmerken	Bodemzaak Eerste aanleg - enkelvoudig
Inhoudsindicatie	Verzekeringsrecht. Dekking onder zorgverzekering voor als gespecialiseerde GGZ gedeclareerde zorg. Procedure van niet-gecontracteerde zorgaanbieder tegen zorgverzekeraar. Cessie vordering patienten/ verzekerden aan zorgaanbieder.
Vindplaatsen	Rechtspraak.nl GJ 2023/63

Uitspraak

—

vonnis

RECHTBANK DEN HAAG

Team handel

zaaknummer / rolnummer: C/09/597507 / HA ZA 20-788

Vonnis van 19 april 2023

in de zaak van

BUURTZORGT B.V. te Amsterdam,
eiseres in conventie,
verweerster in voorwaardelijke reconventie,
advocaat mr. K.D. Meersma te Amsterdam,

tegen

DE ONDERLINGE WAARBORGMAATSCHAPPIJ ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID U.A. te Leiden,
gedaagde in conventie,
eiseres in voorwaardelijke reconventie,
advocaat mr. J. Ekelmans te Den Haag.

Partijen zullen hierna BuurtzorgT en Z&Z worden genoemd.

1 De procedure

1.1. Het verloop van de procedure tot en met 18 januari 2022 blijkt uit:

- de dagvaarding van 31 juli 2020, met producties 1 tot en met 30;
- het herstelexploot van 21 juli 2020;
- de conclusie van antwoord in conventie, tevens houdende voorwaardelijke eis in reconventie, met producties 1 tot en met 60;
- de conclusie van antwoord in reconventie;
- het tussenvonnissen van 15 december 2021, waarbij een mondelinge behandeling is bevolen en waarbij de datum daarvoor is bepaald op 18 januari 2022;
- de akte houdende eisenwijziging in conventie van BuurtzorgT;
- de akte van Z&Z houdende in het geding brengen producties en voorwaardelijk verzet tegen wijziging van eis in conventie, met producties 61 tot en met 70;
- de akte houdende indiening nadere producties van BuurtzorgT, met producties 31 tot en met 52.

1.2. Op 18 januari 2022 heeft de mondelinge behandeling geen doorgang gevonden vanwege ziekte van een van de advocaten. De datum voor de mondelinge behandeling is vervolgens bepaald op 17 februari 2022. Z&Z heeft voor deze zitting een akte houdende voorwaardelijk verzet tegen akte én uitlating producties in het geding gebracht, met producties 71 tot en met 73. Op 17 februari 2022 heeft de mondelinge behandeling evenmin doorgang gevonden, ditmaal door ziekte van de zittingsrechter. De mondelinge behandeling is toen nader bepaald op 25 oktober 2022. Op deze datum heeft de mondelinge behandeling wel plaatsgevonden. De griffier heeft aantekeningen gemaakt van hetgeen op de mondelinge behandeling is besproken. Deze aantekeningen zijn in het griffiedossier gevoegd.

1.3. Naar het oordeel van de rechtbank heeft Z&Z voldoende gelegenheid gehad verweer te voeren tegen het gevorderde in conventie na de eisenwijziging en om te reageren op de laatste akte en producties van BuurtzorgT. De rechtbank acht de eisenwijziging in conventie dus niet in strijd met de goede procesorde, en de laatste akte met producties van BuurtzorgT evenmin. De rechtbank heeft deze stukken daarom toegelaten.

1.4. Ten slotte is de datum voor vonnis nader bepaald op heden.

2 De feiten

2.1. BuurtzorgT is een zorgaanbieder die zich richt op het verlenen van specialistische geestelijke gezondheidszorg (hierna: gespecialiseerde GGZ), zonder klinische opnamen/verblijf. BuurtzorgT sluit als zodanig overeenkomsten van *zorgverlening* met particulieren die gespecialiseerde GGZ behoeven (hierna ook: patiënten). BuurtzorgT verleent de zorg (veelal) bij de patiënt thuis. BuurtzorgT besteedt bij de zorgverlening veel aandacht aan de feitelijke omstandigheden van de patiënt, vanuit de

overtuiging dat een psychische aandoening kan zorgen voor problemen op diverse levensterreinen, waarna die problemen weer een voedingsbodem kunnen gaan vormen voor de psychische aandoening en dus aan herstel in de weg kunnen staan. BuurtzorgT richt de behandeling van haar patiënten mede op het doorbreken van deze vicieuze cirkel.

- 2.2. Z&Z is een zorgverzekeraar. Z&Z sluit als zodanig overeenkomsten van zorgverzekering met particulieren. Z&Z is lid van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland.
- 2.3. Een overeenkomst van zorgverzekering kan inhouden dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, recht heeft op *prestaties bestaande uit de zorg* of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft (zie artikel 11 lid 1 sub **a** van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw)). Een zodanige overeenkomst van zorgverzekering wordt naturapolis genoemd. Om te kunnen voldoen aan hun verplichtingen uit naturapolissen, sluiten zorgverzekeraars overeenkomsten met zorgaanbieders, met daarin afspraken over kwaliteit, doelmatigheid en vergoeding van zorg. Een zodanige overeenkomst wordt *zorgaanbiedersovereenkomst* genoemd. Op basis van een zorgaanbiedersovereenkomst mag de zorgaanbieder de zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar in rekening brengen.
- 2.4. Op grond van artikel 13 lid 1 Zvw heeft de verzekerde van wie de zorg is gedekt onder een naturapolis, maar die zorg betreft van een zorgaanbieder die géén contract met de zorgverzekeraar heeft gesloten, recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.
- 2.5. Een overeenkomst van zorgverzekering kan ook inhouden dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, recht heeft op *vergoeding van de kosten van de zorg* of overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft (zie artikel 11 lid 1 sub **b** Zvw). Een zodanige overeenkomst van zorgverzekering wordt restitutiepolis genoemd. Een zorgverzekeraar kan een overeenkomst met een zorgaanbieder sluiten die (onder meer) inhoudt dat de zorgaanbieder de tarieven voor zorgverlening aan verzekerden met een restitutieovereenkomst rechtstreeks aan de zorgverzekeraar mag declareren. Een zodanige overeenkomst wordt wel betaalovereenkomst genoemd.
- 2.6. Zorgverlening die valt onder het bereik van een zorgaanbiedersovereenkomst (zie hiervoor onder 2.3) of betaalovereenkomst (zie hiervoor onder 2.5) tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, wordt gecontracteerde zorg genoemd. Zorg die niet valt onder het bereik van zo een zorgaanbiedersovereenkomst of betaalovereenkomst wordt nietgecontracteerde zorg genoemd.
- 2.7. Vanaf het jaar 2016 heeft BuurtzorgT zorg verleend aan bij Z&Z onder naturapolissen verzekerde personen (hierna: de verzekerden).
- 2.8. In de polisvoorwaarden van de door de verzekerden bij Z&Z afgesloten naturapolissen over 2016 (hierna: de Polisvoorwaarden 2016) is onder meer het volgende opgenomen:

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychiatrische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

(...)

- 1.4 *De aanspraak op zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.*

(...)

23.2 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar.

Waar heb ik recht op?

De gespecialiseerde GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (een psychiater/zenuwarts) en klinisch psychologen, als zorg plegen te bieden. (...)

Wat zijn de voorwaarden?

- *De hoofdbehandelaar is een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. De hoofdbehandelaar is werkzaam binnen een instelling voor gespecialiseerde GGZ of is vrijgevestigd;*
- *alleen een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog die in ieder geval de volgende verantwoordelijkheden uitvoert, wordt gezien als hoofdbehandelaar voor de gespecialiseerde GGZ.*

a. de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden:

- het vaststellen, mede beoordelen, van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;

- het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;

- het evalueren van de behandeling en indien nodig bijstellen van het behandelplan;

de hoofdbehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:

- de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;

- het voldoen van de dossiervoering aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;

- zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een vaste behandeling van de patiënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;

- de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;

- goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;

- het afsluiten van de behandeling conform de dbc-spelregels.

- Bij een instelling voor gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de hoofdbehandelaar uit te voeren.

- Uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage VI bij de Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen.

- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak..

2.9. Per 1 januari 2017 is in de zorg de aanduiding hoofdbehandelaar vervangen door de aanduiding regiebehandelaar.

2.10. Op grond van artikel 58 Zvw is er een Zorginstituut Nederland. Ingevolge artikel 64 van de Zvw heeft het Zorginstituut als taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties als bedoeld in artikel 11 Zvw te bevorderen.

2.11. Het Zorginstituut heeft een Model Kwaliteitsstatuut GGZ vastgesteld. Sinds 1 januari 2017 zijn aanbieders van gespecialiseerde GGZ verplicht een kwaliteitsstatuut te hebben dat in overeenstemming is met dit Model, en om dat kwaliteitsstatuut te registreren. In het Model Kwaliteitsstatuut GGZ zoals dit gold van 2017 tot 2020, is onder meer het volgende opgenomen:

4.2 Regiebehandelaar

(...)

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces.

(...)

De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt/client een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt/client betrokken zijn en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt/client zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de patiënt/client.

(...)

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. (...)

(...)

4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt/client, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt/client.

2.12. De naturapolissen bij Z&Z omvatten voor het jaar 2017 polisvoorwaarden (hierna ook: de Polisvoorwaarden 2017) met daarin het volgende:

Begripsomschrijvingen

(...)

Regiebehandelaar

Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De regiebehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

(...)

Gespecialiseerde GGZ-Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychiatrische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Artikel 1 Algemene bepalingen

(...)

1.4. *De aanspraak op zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.*

(...)

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

(...)

23.2 *Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar*

Waar heb ik recht op?

De Gespecialiseerde GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (een psychiater/zenuwarts) en klinisch psychologen, als zorg plegen te bieden. Deze omvat niet de generalistische basis GGZ als bedoeld in artikel 23.1.

(...)

Wat zijn de voorwaarden?

a. de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden):

- het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;*
- het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;*
- het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan;*

b. de regiebehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:

- de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;*
- het voldoen van de dossiervorming aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;*
- zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;*
- de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;*
- goede communicatie met de patiënt en diens naasten (als van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling conform de dbc-spelregels.*
- bij een instelling voor Gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren;*
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen.*
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer sprake is van medische noodzaak;*

Alle aanbieders van gespecialiseerde-GGZ dienen conform wet- en regelgeving een kwaliteitsstatuut te hebben opgesteld, dit te registreren en na te leven.

2.13. De naturapolissen bij Z&Z omvatten voor de jaren 2018 en 2019 polisvoorwaarden die tekstueel marginaal afwijken met de Polisvoorwaarden 2017, maar waarvan de inhoudelijke strekking daarmee overeenstemt.

2.14. Op grond van de naturapolissen van de verzekerden is Z&Z gehouden om, voor zover deze verzekerden zorg hebben ontvangen die valt onder de dekking van de zorgverzekering, maar is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de kosten daarvan aan de verzekerde te vergoeden tot aan maximaal 80% van het marktconforme tarief.

2.15. BuurtzorgT en Z&Z hebben tot nu toe géén zorgaanbiedersovereenkomst of betaalovereenkomst gesloten. De zorgverlening door BuurtzorgT aan verzekerden van Z&Z is daarmee steeds niet-gecontracteerde zorg. BuurtzorgT kan deze zorg dus niet rechtstreeks aan Z&Z in rekening brengen op basis van een contractuele verhouding tussen haar en Z&Z.

2.16.

BuurtzorgT heeft de verzekerden bij Z&Z aan wie zij zorg heeft verleend, gevraagd hun vorderingen op Z&Z tot vergoeding van (het in de naturapolis opgenomen percentage van) de kosten van deze zorg, bij akte van cessie aan BuurtzorgT over te dragen.

- 2.17. BuurtzorgT heeft Z&Z 102 facturen (declaraties) gestuurd voor (aan BuurtzorgT gecedeerde vorderingen voor kostenvergoeding van) zorg aan bij Z&Z verzekerde patiënten, tot het percentage van het marktconforme tarief zoals opgenomen in de betreffende polisvoorwaarden. Deze declaraties belopen samen 982.699,54.
- 2.18. Z&Z heeft BuurtzorgT meermaals verzocht om de onderliggende tijdsregistraties van deze 102 facturen. Z&Z heeft ook verzocht om bepaalde verdere informatie over de declaraties.
- 2.19. BuurtzorgT heeft voor 41 van de facturen tijdsregistraties aan Z&Z verstrekt. Op basis daarvan heeft Z&Z onder meer per declaratie het percentage betrokkenheid van de regiebehandelaar berekend. Dit percentage varieert per declaratie, maar is bij 33 daarvan minder dan 10%. De volgende acht declaraties vormen hierop een uitzondering:
- 151853338977 (betrokkenheid regiebehandelaar 10,2%)
 - 152777475747 (betrokkenheid regiebehandelaar 11,7%)
 - 154357803338 (betrokkenheid regiebehandelaar 10,9%)
 - 154393380711 (betrokkenheid regiebehandelaar 13,4%)
 - 154504465718 (betrokkenheid regiebehandelaar 17,2%)
 - 153787374683 (betrokkenheid regiebehandelaar 15,5%)
 - 154773405382 (betrokkenheid regiebehandelaar 10,6%)
 - 155013972474 (betrokkenheid regiebehandelaar 17,8%)
- 2.20. Z&Z heeft tot op heden geweigerd de 102 facturen (declaraties) van BuurtzorgT te voldoen.

3 Het geschil

in conventie

- 3.1. BuurtzorgT vordert samengevat en na wijziging van eis dat de rechtbank, bij voor zover mogelijk uitvoerbaar bij voorraad te verklaren vonnis:
1. primair: verklaart voor recht dat Z&Z onrechtmatig handelt door te proberen BuurtzorgT te bewegen om medische persoonsgegevens van haar verzekerden te verstrekken op de gronden die Z&Z aanvoert in een aantal brieven en e-mails;
 2. primair: verklaart voor recht dat de behandelingen waarvan BuurtzorgT declaraties heeft opgenomen in productie 30 bij de dagvaarding, zorg omvatten zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden in de gespecialiseerde GGZ;
 3. primair: Z&Z gebiedt om de door Z&Z afgekeurde declaraties uit 2016 tot en met 2019 zoals opgenomen in productie 30 bij dagvaarding, alsnog te betalen overeenkomstig het bepaalde in de polisvoorwaarden van Z&Z met betrekking tot de betaling van niet-gecontracteerde zorg, vermeerderd met wettelijke rente;
- subsidiair: Z&Z gebiedt om in het geval nader onderzoek nodig is bij de door Z&Z afgekeurde declaraties uit 2016 tot en met 2019 zoals opgenomen in productie 30 bij dagvaarding:
- (i) de daarvoor benodigde toestemming van de verzekerden uiterlijk binnen 30 kalenderdagen na het te wijzen vonnis te delen met BuurtzorgT en
 - (ii) nadat BuurtzorgT daarop de gevraagde stukken heeft toegezonden, de gemotiveerde uitkomsten van de herbeoordelingen binnen 30 kalenderdagen te delen met BuurtzorgT;
4. primair:
 - A. Z&Z verbiedt om declaraties van (patiënten van) BuurtzorgT af te wijzen omdat de omvang van de tijd die de regiebehandelaar(s) aan de behandeling heeft (hebben) besteed onvoldoende zou zijn op

basis van benchmarks, spiegelinformatie of normen naar analogie van het zelfonderzoek;

B. Z&Z verbiedt om declaraties van (patiënten van) van BuurtzorgT af te wijzen enkel omdat BuurtzorgT aan één of enkele voorwaarde(n) uit het kwaliteitsstatuut niet voldaan zou hebben;

C. Z&Z verbiedt om declaraties van (patiënten van) van BuurtzorgT af te wijzen enkel omdat de regiebehandelaar na de intake de patiënt niet ziet;

D. Z&Z verbiedt om declaraties van (patiënten van) van BuurtzorgT integraal af te keuren bij een in de optiek van Z&Z onverklaarde mate van zorgcoördinatie, dubbele tijd zonder toelichting, onverklaarde reistijd dan wel indirecte tijd zonder cliënt;

E. Z&Z verbiedt om declaraties van (patiënten van) BuurtzorgT af te wijzen omdat de regiebehandelaar niet deelneemt aan een multidisciplinair overleg;

F. Z&Z verbiedt om declaraties (van patiënten van) BuurtzorgT af te wijzen omdat er behandeling heeft plaatsgevonden vóór diagnostiek;

5. primair: Z&Z gebiedt om nieuw in te dienen declaraties door BuurtzorgT binnen 30 dagen, althans een door de rechtbank te bepalen redelijke termijn, te beoordelen met inachtneming van het bepaalde in dit vonnis;

6. subsidiar: iedere maatregel te treffen die in goede justitie redelijk is en recht doet aan de belangen van BuurtzorgT;

7. primair en subsidiar: Z&Z te veroordelen tot vergoeding aan BuurtzorgT van 6.775 aan buitengerechtelijke kosten;

steeds met veroordeling van Z&Z in de proceskosten.

3.2. BuurtzorgT legt samengevat het volgende aan haar vorderingen ten grondslag. BuurtzorgT heeft gespecialiseerde GGZ verleend aan een aantal bij Z&Z voor zorg verzekerde patiënten, en verleent aan enkele daarvan nog altijd zorg. De door BuurtzorgT verleende zorg is onder de zorgverzekering gedekt. De patiënten hebben hun vorderingen op Z&Z tot (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van deze zorg, rechtsgeldig aan BuurtzorgT gecedeerd. Daarom moet Z&Z de gedeclareerde bedragen aan BuurtzorgT voldoen. Z&Z hanteert bij de beoordeling van de declaraties echter een onjuist toetsingskader en weigert op basis daarvan de declaraties van BuurtzorgT te voldoen. Z&Z tracht zelfs BuurtzorgT ertoe te bewegen om (vertrouwelijke) medische persoonsgegevens over de patiënten aan haar te verstrekken, hetgeen moet worden aangemerkt als een onrechtmatige daad. BuurtzorgT heeft er recht op en belang bij dat Z&Z toekomstige declaraties niet langer kan afwijzen op onjuiste gronden.

3.3. Z&Z concludeert tot afwijzing van het gevorderde.

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

in reconventie

3.5. Z&Z vordert voorwaardelijk voor het geval dat de rechtbank, zoals BuurtzorgT subsidiar heeft gevorderd, een maatregel treft die in goede justitie redelijk is en recht doet aan de belangen van BuurtzorgT dat de rechtbank een maatregel treft die eveneens redelijk is tegenover, en recht doet aan, de belangen van Z&Z.

3.6. BuurtzorgT heeft op deze vordering geantwoord dat Z&Z vanzelfsprekend recht heeft op een gerechtelijke uitspraak waarin ook recht wordt gedaan aan de belangen van Z&Z.

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

4 De beoordeling in conventie en in reconventie

- 4.1. De rechtbank moet in deze procedure beoordelen of en in hoeverre Z&Z de declaraties moet betalen die BuurtzorgT bij haar heeft ingediend voor zorgverlening aan bij Z&Z verzekerde personen. De rechtbank moet daarbij ingaan op de vraag welk toetsingskader Z&Z mag hanteren bij het beoordelen van de (huidige en toekomstige) declaraties van BuurtzorgT. Ook moet de rechtbank ingaan op de vraag hoe in deze zaak moet worden omgegaan met de medische persoonsgegevens van de verzekerden/patiënten.
- 4.2. Z&Z heeft in haar eerste processtuk aangevoerd dat zij niet steeds deugdelijke akten van cessie heeft ontvangen, dat enkele van de declaraties niet bij haar zijn ingediend en dat enkele facturen geen betrekking hebben op bij haar verzekerde personen. BuurtzorgT heeft vervolgens een aantal akten van cessie en facturen overgelegd en nadere informatie verstrekt over de personen die volgens Z&Z niet bij haar zouden zijn verzekerd. Z&Z heeft hierover vervolgens geen nadere opmerkingen gemaakt. De rechtbank stelt daarom vast dat (i) alle declaraties die in deze procedure aan de orde zijn, inmiddels in bezit zijn van Z&Z, (ii) de declaraties steeds verzekerden van Z&Z betreffen en (iii) de beweerde vorderingen steeds rechtsgeldig aan BuurtzorgT zijn gecedeerd. Z&Z heeft verder niet of onvoldoende gemotiveerd betwist dat de patiënten/verzekerden op gespecialiseerde GGZ waren aangewezen. De rechtbank stelt daarom vast dat ook dit niet in de weg staat aan de vordering tot voldoening van de declaraties.

Kernvraag: Is de gedeclareerde zorg gedekt als gespecialiseerde GGZ?

- 4.3. Een centraal geschilpunt in deze procedure is of de zorg die BuurtzorgT aan de verzekerden van Z&Z heeft geleverd, als gespecialiseerde GGZ is gedekt onder de naturapolissen van Z&Z, gelet op de wijze waarop BuurtzorgT invulling heeft gegeven aan deze zorg. Bij de beantwoording van deze vraag is de volgende wet- en regelgeving van belang.

Wet- en regelgeving over dekking gespecialiseerde GGZ

- 4.4. BuurtzorgT declareert de zorg die in deze procedure aan de orde is als gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ is een vorm van geneeskundige zorg in de zin van artikel 10 aanhef en onder a Zvw. De behoefte aan gespecialiseerde GGZ is daarmee een onder de zorgverzekering te verzekeren risico. Het gaat in deze procedure steeds om zorgverlening aan personen die bij Z&Z waren verzekerd onder naturapolissen, oftewel overeenkomsten van zorgverzekering in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zvw. De inhoud en omvang van de prestaties die de zorgverzekeraar moet leveren, worden nader geregeld in het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv). Ingevolge artikel 2.4 lid 1 Bzv geldt dat verzekerde geneeskundige zorg in de zin van de Zvw, zorg omvat zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Verder geldt ingevolge artikel 2.1 lid 2 Bzv dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten die onder een zorgverzekering zijn gedekt, mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Dekking gespecialiseerde GGZ onder de naturapolissen bij Z&Z

- 4.5. Gelet op (de artikelen 1.4 en 23.2 van) de Polisvoorwaarden 2016 tot en met 2019, is de rechtbank van oordeel dat de dekking voor gespecialiseerde GGZ onder de naturapolissen bij Z&Z in de jaren 2016 tot en met 2019, in overeenstemming is met de hiervoor genoemde bepalingen van de Zvw en het Bzv. Niet in geschil is dat psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen moeten worden aangemerkt als de medische specialisten op het gebied van gespecialiseerde GGZ. Voor verzekeringsdekking van de zorg die BuurtzorgT aan de verzekerden van Z&Z heeft geleverd, is daarmee vereist:
- (a) dat deze zorg kan worden aangemerkt als zorg zoals psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen die plegen te bieden én (b) dat deze zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk

als effectief kan worden beschouwd, dan wel geldt als adequate zorg en diensten.

4.6. Het vereiste dat het moet gaan om zorg zoals psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen die plegen te bieden, betekent dat de zorg tot het domein van deze medisch specialisten behoort, maar niet dat de zorg uitsluitend door psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen mag worden geboden. Het vereiste dat de zorg volgens de stand van wetenschap en praktijk als effectief kan worden beschouwd, dan wel geldt als adequate zorg en diensten, heeft meer betrekking op de kwaliteit van de zorg (Vgl. Gerechtshof Den Haag 17 augustus 2021, ECLI:NL:GHDHAL2021:1605 (hierna: het Human Concern-arrest), rechtsoverwegingen 13 en 24). Beide vereisten kunnen enigszins overlappen (Vgl. Hoge Raad 27 januari 2023, ECLI:NL:HR:2023:95). De kwaliteitseisen die Z&Z voor het jaar 2016 heeft gehanteerd, zijn neergelegd in de Polisvoorwaarden 2016. Voor de zorgverzekeringen bij Z&Z in de jaren 2017 tot en met 2019 zijn de kwaliteitseisen deels opgenomen in de polisvoorwaarden van Z&Z zelf, en volgen deze daarnaast uit het Model Kwaliteitsstatuut GGZ, waarnaar in deze polisvoorwaarden wordt verwezen. De rechtbank noemt gespecialiseerde GGZ die voldoet aan beide vereisten zoals hiervoor onderstreept, hierna ook kortweg verzekerde sGGZ.

Discussie tussen partijen over informatieverstrekking

4.7. Partijen verschillen van mening over de juridische gevolgen van onzekerheid bij Z&Z over de vraag of de door BuurtzorgT gedeclareerde zorg al dan niet verzekerde sGGZ is. Volgens Z&Z hoeft zij de declaraties van BuurtzorgT niet te betalen, zolang BuurtzorgT niet heeft aangetoond dat de zorg die zij aan de verzekerden van Z&Z heeft geleverd, daadwerkelijk voldoet aan de vereisten voor verzekerde s-GGZ. Tijdens de mondelinge behandeling heeft Z&Z betoogd dat BuurtzorgT dit uitsluitend alsnog voldoende kan aantonen en daarmee aanspraak kan krijgen op voldoening van de declaraties door Z&Z volledige inzage te geven in alle medische dossiers van alle betreffende patiënten/verzekerden, waarbij het aan BuurtzorgT is om de daarvoor benodigde toestemming van de patiënten/verzekerden te verkrijgen. Voor zover BuurtzorgT deze inzage niet verstrekt, moet de vordering tot voldoening van de declaraties alleen al daarom worden afgewezen, aldus nog steeds Z&Z.

4.8. BuurtzorgT heeft daarentegen betoogd dat Z&Z alle declaraties moet voldoen, zonder dat BuurtzorgT enige (verdere) informatie over de zorg aan Z&Z hoeft te verstrekken. Volgens BuurtzorgT mag zij deze informatie niet eens verstrekken, omdat het gaat om medische persoonsgegevens en om informatie die valt onder het medisch beroepsgeheim. BuurtzorgT heeft hierover tijdens de mondelinge behandeling verklaard dat zorgverzekeraars declaraties van zorgaanbieders zonder voorafgaande controle plegen te voldoen, en hoogstens achteraf controles uitvoeren en daartoe medische persoonsgegevens opvragen, na verkregen toestemming van de verzekerde. Deze controles vinden dan plaats volgens het systeem van de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) en het protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland. Als bij controle blijkt dat de declaraties onterecht (onrechtmatig) zijn, is de verzekeraar gerechtigd deze terug te vorderen, aldus nog steeds BuurtzorgT. Volgens BuurtzorgT heeft Z&Z niet alleen geen recht op de gevraagde informatie, maar heeft Z&Z zelfs onrechtmatig gehandeld door te vragen om verstrekking daarvan.

Stelpllicht en bewijslast

4.9. De rechtbank overweegt hierover als volgt. Uitgangspunt is dat degene die meent een geldelijke vordering op een verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelpllicht en bewijslast heeft van haar op rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekeringsovereenkomst (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469), en wordt niet anders door de omstandigheid dat zorgaanbieder BuurtzorgT de vergoeding van de declaraties vordert als cessionaris van de betreffende verzekerden (Vgl. het Human Concern-arrest). Indien het gaat om dekking onder een zorgverzekeringsovereenkomst, geldt in aanvulling hierop het volgende.

Relevante wet- en regelgeving over informatieverstrekking aan zorgverzekeraar

4.10. Zorgverzekeraars hebben het recht en zelfs de wettelijke plicht om te controleren of de zorg die onder de zorgverzekering wordt gedeclareerd, onder de dekking van die verzekering valt. Deze controleplicht bestaat onder meer omdat zorg in de zin van de Zvw mede uit de algemene middelen wordt gefinancierd. Zorgverzekeraars hebben ook daarom een gerechtvaardigd belang bij verkrijging van informatie over de bij hen gedeclareerde zorg. Daar staat tegenover dat natuurlijke personen een grondrecht hebben op bescherming van hun persoonlijke levenssfeer (privacy) en op bescherming van hun persoonsgegevens. Dit laatste recht wordt onder meer beschermd door de Algemene verordening gegevensbescherming (hierna: de AVG). Verder hebben zorgaanbieders in beginsel een geheimhoudingsplicht aangaande hun patiënten op grond van artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Of in aanvulling hierop verdere wet- en regelgeving geldt, is afhankelijk van de vraag of al dan niet sprake is van gecontracteerde zorg. Dit wordt in de volgende paragrafen uiteengezet.

Informatieverstrekking bij gecontracteerde zorg

4.11. Voor zover sprake is van zorg die valt onder het bereik van een zorgaanbidersovereenkomst of betaalovereenkomst (zie ook de randnummers 2.3, 2.5 en 2.6 van dit vonnis) en dus van gecontracteerde zorg geldt er een wettelijke beperking van het grondrecht op bescherming van medische persoonsgegevens ingevolge artikel 87 lid 1 Zvw jo artikel 7.3 lid 1 sub a jo 7.2 aanhef en onder sub g Rzv. Op basis van deze artikelen heeft de *zorgaanbieder* de verplichting aan (de medisch adviseurs van) *de verzekeraar* de gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van de verzekerde, zonder dat voorafgaande toestemming van de verzekerde is vereist. Dit vormt een uitzondering op de verplichting tot geheimhouding van de zorgaanbieder tegenover de patiënt op grond van de AGV en artikel 7:457 BW. Met deze wet- en regelgeving over gecontracteerde zorg is beoogd om enerzijds voldoende tegemoet te komen aan de plichten en belangen van de zorgverzekeraars, en anderzijds te waarborgen dat het grondrecht van natuurlijke personen op bescherming van persoonsgegevens en privacy, niet meer dan noodzakelijk wordt ingeperkt. Deze wet- en regelgeving is (bij wijze van zelfregulering) nader ingevuld in het protocol materiële controle van de Vereniging Zorgverzekeraars Nederland.

Informatieverstrekking bij niet-gecontracteerde zorg

4.12. De zorg die in deze procedure aan de orde is, is echter niet-gecontracteerde zorg (zie ook randnummer 2.6 van dit vonnis). Als sprake is van niet-gecontracteerde zorg, heeft de *zorgaanbieder* ingevolge artikel 7.3 lid 1 sub b Rzv uitsluitend de verplichting om *aan de verzekerde* de gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie tot het verzekerde pakket van de verzekerde behoort. De zorgaanbieder heeft hiertoe geen wettelijke verplichting ten opzichte van de zorgverzekeraar. In dat geval zijn de artikelen 87 lid 1 Zvw en 7.3 lid 1 sub a jo 7.2 aanhef en onder sub g Rzv niet van toepassing en is er géén wettelijke uitzondering op de verplichting tot geheimhouding van de zorgaanbieder tegenover de patiënt op grond van de AGV en artikel 7:457 BW. De zorgverzekeraar kan de noodzakelijke informatie dan van de verzekerde verlangen, wanneer deze om vergoeding van zorgkosten verzoekt.

4.13. Naar het oordeel van de rechtbank brengt de omstandigheid dat hier sprake is van niet-gecontracteerde zorg, enerzijds mee dat BuurtzorgT geen vertrouwelijke medische informatie aan Z&Z hoeft te verstrekken, of zelfs maar mág verstrekken, zonder toestemming van de betreffende patiënten. Anderzijds brengt dit mee dat BuurtzorgT niet mag eisen dat Z&Z de declaraties voldoet zonder voorafgaande beoordeling. Verwezen wordt naar *Kamerstukken I 2017/18, 33980, nr. D, p. 2.*

4.14. Het is echter niet zo dat een zorgverzekeraar standaard recht heeft op het volledige medische dossier, alvorens zij een declaratie van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoeft te voldoen. Dat zou een feitelijke hinderpaal kunnen opleveren voor nietgecontracteerde zorg. De wetgever heeft het opwerpen van feitelijke hinderpalen voor niet-gecontracteerde zorg juist willen voorkomen, zoals onder meer blijkt uit het bepaalde in artikel 13 Zvw, zie ook Hoge Raad 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646 (Menzis). Als een zorgverzekeraar standaard de overlegging van het volledige medische dossier zou

mogen verlangen, zou dat verder mogelijk het grondrecht op privacy en op bescherming van persoonsgegevens, dat ook in horizontale verhoudingen een rol speelt, te zeer beperken. De verzekeraar heeft in geval van niet-gecontracteerde zorg wel recht op de informatie die noodzakelijk is om vast te stellen of de zorg tot het verzekerde pakket behoort, alvorens de declaratie te voldoen, door een deugdelijke onderbouwing van de vordering door degene die voldoening van de declaratie vordert.

- 4.15. Dat kan de verzekerde zijn maar ook de zorgaanbieder, ingeval van cessie aan deze zorgaanbieder. Als de zorgaanbieder betaling van een (aan haar gecedeerde) vordering voor niet-gecontracteerde zorg vordert, ligt het naar het oordeel van de rechtbank op de weg van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder om, voor zover nodig, toestemming van de patiënt te verkrijgen voor het verstrekken van de noodzakelijke informatie. Het is namelijk aan degene die aanspraak maakt op voldoening van een vordering, om de vordering deugdelijk onderbouwen. Als de verzekerde vergoeding door de zorgverzekeraar zou vragen, zou het aan de verzekerde zijn om de vordering deugdelijk te onderbouwen, daartoe de noodzakelijke informatie bij de zorgaanbieder op te vragen en deze aan de verzekeraar te verstrekken. De verzekerde heeft er dan belang bij hieraan mee te werken, omdat hij vergoeding van de zorgkosten verlangt. BuurtzorgT heeft de vordering van de verzekerde op Z&Z overgenomen, waardoor de verzekerde minder belang of geen belang heeft om aan informatieverzoeken van Z&Z te voldoen. De verzekerde heeft de zorg immers al gekregen, zonder daarvoor kosten te hebben hoeven maken. Daarbij past dat het nu aan BuurtzorgT is de verplichting de noodzakelijke informatie aan Z&Z te verstrekken en de daarvoor nodige toestemming van de patiënt te verkrijgen. BuurtzorgT heeft namelijk de situatie gecreëerd dat de verzekerde minder of geen belang heeft bij meewerken aan informatieverzoeken van Z&Z. Dat dit op de weg van BuurtzorgT ligt, sluit ook aan op het bepaalde in artikel 7:941 lid 2 BW.

De onder 1 gevorderde verklaring voor recht onrechtmatig handelen?

- 4.16. De omstandigheid dat BuurtzorgT bepaalde informatie niet mag verstrekken zonder toestemming van de patiënt, maakt nog niet dat Z&Z onrechtmatig heeft gehandeld door BuurtzorgT om deze informatie te verzoeken. Z&Z heeft immers niet aan BuurtzorgT voorgesteld dat zij de informatie zou verstrekken zonder de vereiste toestemming van de patiënten/verzekerden. De rechtbank ziet geen reden dat Z&Z, enkel door om de informatie te vragen, in strijd zou hebben gehandeld met de wet, inbreuk zou hebben gemaakt op de rechten van de patiënten/verzekerden of die van BuurtzorgT, ofwel in strijd zou hebben gehandeld met een zorgvuldigheidnorm. De vordering onder 1 om te verklaren voor recht dat Z&Z op onrechtmatig heeft gehandeld vanwege haar informatieverzoeken, wordt daarom afgewezen.

Uitgangspunt: tijdsregistratie

- 4.17. De rechtbank komt nu toe aan de vraag welke informatie Z&Z van BuurtzorgT mag verlangen als voorwaarde voor voldoening van de declaratie. Naar het oordeel van de rechtbank mag Z&Z bij wege van minimumvoorwaarde voor elke declaratie de verstrekking door BuurtzorgT van een tijdsregistratie eisen. De rechtbank volgt Z&Z ook in haar standpunt dat deze tijdsregistratie moet weergeven welke behandelaar op welke data welke tijdseenheden aan de patiënt heeft besteed, met vermelding of het gaat om directe tijd en indirecte tijd, en met een omschrijving in een of enkele woorden. Een tijdsregistratie is steeds noodzakelijk voor het bepalen of zorg zoals hier aan de orde, al dan niet tot het verzekerde pakket behoort. Zonder zo een tijdsregistratie heeft Z&Z immers nauwelijks zicht op de behandeling die bij haar wordt gedeclareerd. Voor zover de tijdsregistratie op basis van een valide toetsingskader duidelijke twijfel oproept over de vraag of de declaratie verzekerde sGGZ betreft, is gerechtvaardigd dat Z&Z nadere gegevens verlangt alvorens de declaratie te voldoen.

De vorderingen onder 2 en 3 - de 61 declaraties zonder tijdsregistratie

- 4.18.

Ten aanzien van 61 van de 102 declaraties die in deze procedure aan de orde zijn, heeft Z&Z nog geen enkele beoordeling kunnen doen, aangezien BuurtzorgT hiervoor geen tijdsregistraties aan Z&Z heeft verstrekt. Het verstrekken hiervan lag wel op de weg van BuurtzorgT. Z&Z heeft daarom meermaals verzocht en heeft in de conclusie van antwoord uitdrukkelijk op het ontbreken hiervan gewezen. Onder deze omstandigheden heeft BuurtzorgT naar het oordeel van de rechtbank onvoldoende onderbouwing gegeven aan haar stelling dat deze declaraties zien op gedekte gespecialiseerde GGZ. De rechtbank oordeelt daarom dat de juistheid van deze stelling niet is komen vast te staan, zonder dat wordt toegekomen aan bewijslevering. De vordering om Z&Z te veroordelen tot voldoening van deze 61 declaraties wordt reeds daarom afgewezen, zonder nader onderzoek. Ook de ten aanzien van deze declaraties gevraagde verklaring voor recht, met de strekking dat deze verzekerde s-GGZ betreffen, wordt afgewezen.

Toetsingskader

- 4.19. De rechtbank gaat nu in op de vraag wat Z&Z als toetsingskader mag aanhouden bij de beoordeling van de declaraties van Z&Z, voor zover er tijdsregistraties zijn verstrekt. Daarbij zal zij ook oordelen over de toewijsbaarheid van de verdere vorderingen in conventie.

Mate van betrokkenheid regiebehandelaar

- 4.20. De polisvoorwaarden 2016 tot en met 2019 houden steeds in dat bij gespecialiseerde GGZ sprake moet zijn van een hoofdbehandelaar/regiebehandelaar, die onder meer verantwoordelijk is voor (kort gezegd) het stellen van de diagnose, het opstellen van het behandelplan, en het zicht houden op het goede verloop van de behandeling, mede door supervisie op hulppersoneel. In het kwaliteitsstatuut is bovendien opgenomen dat de regiebehandelaar een wezenlijk aandeel moet hebben in de inhoudelijke behandeling. Als de regiebehandelaar deze taak niet behoorlijk heeft vervuld, geldt in beginsel dat de geleverde zorg niet kan worden aangemerkt als verzekerde s-GGZ. Z&Z mag dit dus als onderdeel van haar toetsingskader hanteren. Verwezen wordt wederom naar het Human Concern-arrest.
- 4.21. De vraag wanneer de hoofdbehandelaar/regiebehandelaar voldoende aandeel heeft in de inhoudelijke behandeling, kan niet in het algemeen worden beantwoord maar hangt af van de concrete omstandigheden van het geval. Echter, gezien de taken die op de regiebehandelaar rusten kan een te geringe tijdsbesteding door de regiebehandelaar een indicatie zijn dat hij onvoldoende aandeel heeft gehad in de behandeling en zijn taken niet naar behoren heeft vervuld, zodanig dat de zorgverzekeraar daarover nadere informatie mag verlangen. Dat brengt de rechtbank op de vraag welk maatstaf hiervoor mag worden gehanteerd.
- 4.22. BuurtzorgT heeft betoogd dat zolang minimaal 2% van de in totaal gedeclareerde tijd door de regiebehandelaar wordt geschreven, dat wijst op voldoende betrokkenheid van de regiebehandelaar. BuurtzorgT verwijst hiertoe naar het Human Concern-arrest. De rechtbank overweegt hierover als volgt. In het Human Concern-arrest is geoordeeld dat er duidelijke twijfel bestaat over voldoende betrokkenheid van de regiebehandelaar, als diens aandeel minder is dan 2% van de totale tijdsbesteding door de zorgaanbieder aan de patiënt (zie rechtsoverweging 28 van dit arrest). In het Human Concern-arrest is hiertoe verwezen naar het arrest van het Gerechtshof Den Haag 22 juni 2021, ECLI:NL:GHDHA:2021:1063 (De Omslag) (hierna: het arrest De Omslag). In het arrest De Omslag ging het om dekking onder de Zvw van een behandeling die was aangemerkt als gespecialiseerde GGZ. In de toepasselijke polisvoorwaarden was opgenomen dat directe betrokkenheid van een psychiater vereist was. Voor wat betreft die concrete casus heeft het gerechtshof feitelijk berekend dat de betrokkenheid van de psychiater minder dan 2% was. Vervolgens is in het arrest De Omslag deze mate van betrokkenheid van de psychiater aangemerkt als simpelweg te gering.
- 4.23. Het ontgaat de rechtbank hoe op basis van het arrest De Omslag kan worden geconcludeerd dat de betrokkenheid van een regiebehandelaar in de gespecialiseerde GGZ in beginsel voldoende is, zolang diens betrokkenheid niet minder is dan 2%. Dit percentage komt de rechtbank ook opmerkelijk laag

voor, nu de gespecialiseerde GGZ per definitie is gericht op de behandeling van (zeer) complexe psychiatrische stoornissen. Dat komt immers erop neer dat de betrokkenheid van de psychiater/regiebehandelaar in beginsel wezenlijk en voldoende is als deze voor elke 50 uur van de totale behandeling, welgeteld één uur aan de patiënt besteedt. De rechtbank volgt het Human Concern-arrest daarom in zoverre niet.

- 4.24. In het Human Concern-arrest is verder geoordeeld dat er geen grond bestaat om bij de beoordeling van de vraag of de regiebehandelaar een wezenlijk aandeel heeft gehad in de behandeling, uit te gaan van gemiddelden op basis van vergelijkende cijfers van andere zorgverleners (benchmarks of spiegelinformatie). Naar het oordeel van de rechtbank staat dit niet eraan in de weg dat de Z&Z voor de regiebehandelaar een procentuele ondergrens aanhoudt ten aanzien van een specifieke zorgaanbieder op het gebied van gespecialiseerde GGZ, bij wijze van indicatie, gelet op de wijze waarop die zorgaanbieder de zorg heeft ingericht.
- 4.25. BuurtzorgT heeft haar zorgverlening zo ingericht dat het behandelteam in de regel bestaat uit een psychiater en verder uit verpleegkundigen. De regiebehandelaar is daarbij de enige bij de behandeling betrokken persoon die geldt als medisch specialist op het gebied van gespecialiseerde GGZ. Dat maakt dat juist in het geval van BuurtzorgT de psychiater relatief veel supervisie zal moeten houden, wil zijn gewaarborgd dat de zorg kwalitatief voldoende is. Onder deze omstandigheid acht de rechtbank het gerechtvaardigd dat Z&Z, als minder dan 10% van de behandeling is geschreven door de hoofdbehandelaar/regiebehandelaar, duidelijke twijfel heeft over goede invulling van diens taken, zodanig dat zij nadere informatie mag verlangen alvorens de declaratie te voldoen.

De vorderingen onder 2 en 3 - de 41 declaraties met tijdsregistratie

- 4.26. BuurtzorgT heeft voor 41 van de declaraties wel een tijdsregistratie aan Z&Z verstrekt. Bij 33 daarvan bleek uit de tijdsregistratie dat de betrokkenheid van de hoofdbehandelaar/regiebehandelaar minder dan 10% was. Daarmee mocht Z&Z ten aanzien van deze declaraties duidelijke twijfel hebben over de vraag of de hoofdbehandelaar/regiebehandelaar zijn taken naar behoren heeft vervuld. Het lag op de weg van BuurtzorgT om, voor zover zij voldoening van deze declaraties wenst, deze duidelijke twijfel, voor zover onterecht, te ontzenuwen door het verstrekken van nadere informatie, na verkrijging van de nodige toestemming van de patiënten/verzekerden. BuurtzorgT heeft dat nagelaten en heeft hiervoor ook geen gespecificeerd bewijsaanbod gedaan. De rechtbank acht daarom ook de stelling van BuurtzorgT dat deze declaraties zien op verzekerde s-GGZ, onvoldoende onderbouwd. Ook deze stelling van BuurtzorgT wordt daarom gepasseerd, zonder bewijslevering. De vordering Z&Z te gebieden deze declaraties te betalen wordt dus eveneens afgewezen, zonder nader onderzoek. Ook ten aanzien van deze declaraties zal de gevraagde verklaring voor recht, met de strekking dat deze verzekerde s-GGZ betreffen, worden afgewezen. Op de resterende acht declaraties wordt nog ingegaan.

De vordering onder 4 sub A

- 4.27. In het Human Concern-arrest is geoordeeld dat het percentage van 10% voor voldoende betrokkenheid van de regiebehandelaar, niet mag worden aangehouden op grond van benchmarks, spiegelinformatie en analogische toepassing van zelfonderzoek. In het geval van BuurtzorgT gaat de rechtbank weliswaar niet uit van een minimumpercentage van 10% op grond van benchmarks, spiegelinformatie en analogische toepassing van zelfonderzoek, maar beschouwt zij 10% wel als acceptabel minimumpercentage, waaronder er duidelijke twijfel mag zijn over invulling van het regiebehandelaarschap, zodanig dat verdere informatieverstrekking noodzakelijk is om vast te stellen dat de zorg tot het verzekerde pakket behoort. De rechtbank is daarom van oordeel dat BuurtzorgT geen belang heeft bij haar vordering onder 4 sub A. Die vordering wordt dus afgewezen.

De vorderingen onder 4 sub B

4.28. In het Human Concern-arrest is geoordeeld dat het enkele feit dat niet is voldaan aan één of enkele van de voorwaarden uit het Kwaliteitsstatuut GGZ, niet *zonder meer* betekent dat geen sprake is van verzekerde gespecialiseerde GGZ. Daarbij is overwogen dat, wanneer in een voorkomend geval wordt vastgesteld dat niet aan alle voorwaarden is voldaan, vervolgens nog zal moeten worden vastgesteld of dit in de gegeven omstandigheden meebrengt dat niet (langer) gesproken kan worden van verzekerde gespecialiseerde GGZ. In de onderhavige procedure heeft de discussie van partijen zich voor een groot deel gericht op voldoende betrokkenheid van de regiebehandelaar. Ten aanzien van deze specifieke voorwaarde uit het Kwaliteitsstatuut geldt dat indien daaraan niet is voldaan, Z&Z de declaratie wel degelijk mag afwijzen, omdat deze essentieel is voor een kwalitatief acceptabele behandeling. Z&Z heeft dus soms wel het recht een declaratie af te wijzen enkel omdat BuurtzorgT niet heeft voldaan aan één of aan een of enkele voorwaarden van het Kwaliteitsstatuut. De vordering om Z&Z te verbieden dat te doen, wordt daarom afgewezen.

De vorderingen onder 4 sub C

4.29. Bij zorgverlening door BuurtzorgT is de regiebehandelaar veelal de enige behandelaar die is aan te merken als medisch specialist op het gebied van gespecialiseerde GGZ. Dat in aanmerking nemende, mag de omstandigheid dat een regiebehandelaar de patiënt na de intake niet ziet, in het geval van BuurtzorgT duidelijke twijfel oproepen over wezenlijke betrokkenheid van de regiebehandelaar bij het behandeling, zodanig dat Z&Z mag weigeren de declaratie te voldoen zolang BuurtzorgT deze twijfel niet heeft ontzenuwd. De vordering onder 4 sub C wordt daarom afgewezen.

De vorderingen onder 4 sub E

4.30. Voor zover de rechtbank heeft kunnen vaststellen is niet aan de orde geweest dat Z&Z een declaratie heeft afgewezen enkel omdat een regiebehandelaar een keer niet heeft deelgenomen aan een multidisciplinair overleg. BuurtzorgT heeft er daarom geen belang bij dat de rechtbank voor recht verklaart dat dit niet is toegestaan. Als een regiebehandelaar structureel niet deelneemt aan multidisciplinair overleg, mag dat naar het oordeel van de rechtbank bij Z&Z duidelijke twijfel oproepen over de taakvervulling van de regiebehandelaar, zodanig dat Z&Z mag weigeren de declaratie te voldoen zolang BuurtzorgT deze twijfel niet heeft ontzenuwd. Gelet hierop zal de rechtbank ook de vorderingen van BuurtzorgT onder 4 sub E afwijzen.

De vordering onder 2 de acht resterende declaraties

4.31. Naar het oordeel van de rechtbank zijn er ten aanzien van de acht declaraties waarbij de betrokkenheid van de regiebehandelaar meer dan 10% was, geen indicaties die duidelijke twijfel oproepen over de vraag of deze verzekerde sGGZ betreffen. De rechtbank zal daarom voor recht verklaren dat deze declaraties verzekerde s-GGZ betreffen, op de wijze zoals in het dictum vermeld.

De vordering onder 4 sub D integrale afwijzing declaratie bij afwijzing onderdeel?

4.32. Z&Z heeft tegen de declaraties waarvoor BuurtzorgT tijdsregistraties heeft verstrekt, nog enige andere specifieke bezwaren gemaakt, te weten over onverklaarde mate van zorgcoördinatie, dubbele tijd zonder toelichting, onverklaarde reistijd en indirecte tijd zonder cliënt. Deze bezwaren wijzen niet erop dat überhaupt geen sprake is van verzekerde s-GGZ, maar zien steeds op bepaalde onderdelen van de declaratie. Z&Z heeft hierover als meest verstrekkende standpunt ingenomen dat het haar als zorgverzekeraar is verboden om declaraties te betalen die niet volledig juist zijn. Voor zover enig onderdeel van de declaratie niet voor vergoeding in aanmerking komt, leidt dat dus ertoe dat de declaratie integraal niet voor vergoeding in aanmerking komt, aldus nog steeds Z&Z. Z&Z heeft hiertoe verwezen naar artikel 35 lid 3 Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en Gerechtshof Amsterdam 23 april 2019, ECLI:NL:GHAMS:2019:1463 (Zilveren Kruis/Aurelia). BuurtzorgT bestrijdt dat dit juist is, en heeft in dat verband de vordering onder 4 sub D ingesteld.

4.33. Naar het oordeel van de rechtbank berust het betoog van Z&Z op dit punt op onjuiste uitleg van artikel 35 lid 3 Wmg. Dit wetsartikel verbiedt het de zorgverzekeraar een declaratie te vergoeden waarin een onjuist *tarief* voor een bepaalde zorgpost in rekening is gebracht. Dat artikel verbiedt het de zorgverzekeraar echter niet om een declaratie gedeeltelijk te vergoeden, met uitzondering van een of enkele posten, die volgens de zorgverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking komen. Er is evenmin een andere rechtsgrond die maakt dat een zorgverzekeraar een declaratie niet deels mag vergoeden, met uitzondering van een volgens haar onterechte zorgpost. De rechtbank zal daarom, zoals BuurtzorgT onder 4 sub D heeft gevorderd, Z&Z verbieden om declaraties *integraal* af te keuren, vanwege in de optiek van Z&Z onverklaarde mate van zorgcoördinatie, dubbele tijd zonder toelichting, onverklaarde reistijd dan wel indirecte tijd zonder cliënt. Dit maakt ook dat Z&Z voldoening van de acht declaraties waarbij de betrokkenheid van de regiebehandelaar minimaal 10% was, niet integraal mag weigeren.

4.34. Dit laat echter onverlet dat Z&Z mag weigeren *onderdelen van een declaratie* te vergoeden, voor zover valide indicaties duidelijke twijfel oproepen over de dekking voor die onderdelen. Over de vraag of dit aan de orde is, overweegt de rechtbank als volgt.

Reistijd

4.35. In de Polisvoorwaarden 2016 tot en met 2019 is steeds opgenomen dat de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener, met dien verstande dat voor thuisbehandeling een uitzondering wordt gemaakt wanneer sprake is van een medische noodzaak. Anders dan BuurtzorgT meent, kan niet standaard worden aangenomen dat er een medische noodzaak was voor het thuis behandelen van de patiënt, alleen maar omdat de huisarts de patiënt naar BuurtzorgT heeft verwezen. De huisarts kan ook om andere redenen voor deze verwijzing hebben gekozen, bijvoorbeeld omdat BuurtzorgT geen of kortere wachtlijsten had, of omdat de behandeling thuis de voorkeur heeft van de patiënt, zonder dat er sprake is van een medische noodzaak. Het feit dat de patiënten de psychiater veelal wel op diens behandellocatie hebben bezocht, maakt temeer dat Z&Z gerechtvaardigde twijfel heeft over de noodzaak voor behandeling aan huis. Het is BuurtzorgT die vergoeding van deze reistijd vordert. Naar het oordeel van de rechtbank is het daarom aan BuurtzorgT om, voor zover Z&Z hierom verzoekt, voldoende te onderbouwen dat deze reistijd onder de verzekering is gedekt. Zonder deze deugdelijke onderbouwing is Z&Z niet tot vergoeding van de reistijd gehouden. Z&Z hoeft bij de acht declaraties zoals hiervoor genoemd, het onderdeel reistijd dus niet te vergoeden.

Indirecte behandeltime

4.36. Z&Z heeft aangevoerd dat BuurtzorgT indirecte behandeltime in rekening heeft gebracht zonder dat duidelijk is dat is voldaan aan de eisen die voor declaratie daarvan gelden. De rechtbank acht dit onvoldoende concreet om als indicatie te gelden voor het moeten verstrekken van nadere informatie. Z&Z moet van de acht declaraties zoals hiervoor genoemd, dit onderdeel wel vergoeden.

Gelijktijdige behandeling door twee behandelaren

4.37. Z&Z heeft ook aangevoerd dat BuurtzorgT gelijktijdige behandeling door twee behandelaren heeft gedeclareerd. Z&Z heeft niet bestreden dat het toelaatbaar is om gelijktijdige behandeling door twee behandelaren te declareren, als dit een duidelijke meerwaarde heeft voor de kwaliteit van de behandeling. BuurtzorgT heeft toegelicht dat zij bij één op de vijf à tien consulten een andere behandelaar aanwezig laat zijn om mee te denken over het verloop van de behandeling. De rechtbank acht deze uitleg aannemelijk en is van oordeel dat er op dit punt geen grond is voor duidelijke twijfel die maakt dat BuurtzorgT hierover per declaratie nadere gegevens moet verstrekken, alvorens de declaratie wordt voldaan. Z&Z moet van de acht declaraties zoals hiervoor genoemd, ook onderdeel vergoeden.

Zorgcoördinatie

4.38. Z&Z heeft betoogd dat bij een groot deel waarvoor BuurtzorgT tijdsregistraties heeft verstrekt, sprake is van een ongebruikelijk groot aandeel zorgcoördinatie. Z&Z heeft daarbij erop gewezen dat, mede gelet op de inhoud van de dagvaarding, zonder nadere informatie moet worden aangenomen dat het gaat om contacten met niet medische hulpverleners zoals jeugdzorg, schuldhulpverlening en sociale wijkteams, terwijl uitsluitend zorgcoördinatie met betrekking tot afstemming van medische zorg is gedekt onder de zorgverzekering. BuurtzorgT heeft weliswaar terecht gesteld dat dit geen reden is voor afwijzing van de gehele declaratie, maar heeft tegenover de gemotiveerde betwisting door Z&Z onvoldoende onderbouwd dat ook coördinatie van niet-medische zorg kan worden gedeclareerd onder de noemer gespecialiseerde GGZ. Ook op dit punt mag er duidelijke twijfel bestaan bij Z&Z over dekking onder de zorgverzekeringen, zodat zij dit onderdeel van de acht declaratie zoals hiervoor genoemd, niet hoeft te voldoen zonder nadere toelichting, die niet is verstrekt.

De vordering onder 3 de acht resterende declaraties

4.39. Gezien het voorgaande zal de rechtbank Z&Z veroordelen tot voldoening aan BuurtzorgT van acht declaraties zoals hiervoor genoemd, behalve voor zover deze zien op reistijd of zorgcoördinatie. Omdat er geen contractuele relatie is tussen BuurtzorgT en Z&Z, is er geen reden dat Z&Z wettelijke rente is verschuldigd vanaf, zoals BuurtzorgT heeft gevorderd, de vervaldata van de betreffende facturen. De rechtbank zal de de gevorderde wettelijke rente daarom toewijzen vanaf de dag der dagvaarding.

De vordering onder 4 sub F behandeling vóór diagnose

4.40. Bij een groot deel van de declaraties waarvoor een tijdsregistratie is verstrekt, is behandelingstijd in rekening gebracht van vóór de datum van de diagnose. Partijen zijn het eens dat er in beginsel naar moet worden gestreefd dat er een diagnose is voor het starten van de behandeling. Uit de polisvoorwaarden noch uit het Model Kwaliteitsstatuut volgt echter dat dit een hard vereiste is, wil sprake zijn van verzekerde s-GGZ en wil de behandeling van voor de diagnose als zorg zijn gedekt. De declaratieregels van de Nederlandse Zorgautoriteit verbieden evenmin het in rekening brengen van behandelingsduur voor de diagnose. Verder heeft BuurtzorgT toegelicht dat patiënten die naar haar worden verwezen zich regelmatig in een voor de patiënt risicovolle persoonlijke crisis bevinden (dreigende suïcide, onttrekking aan noodzakelijke medische zorg) en dat BuurtzorgT haar inspanningen dan eerst richt op het afwenden van dit risico en pas daarna op het stellen van de diagnose. De rechtbank acht dit aannemelijk gelet op het type zorg. Gelet op dit alles ziet de rechtbank geen reden dat Z&Z een declaratie (geheel of gedeeltelijk) mag afwijzen omdat er behandeling heeft plaatsgevonden voor diagnostiek. De vordering onder 4 sub F wordt daarom toegewezen.

De vordering onder 5

4.41. Op grond van de Polisvoorwaarden van Z&Z is er geen grond die Z&Z ertoe verplicht declaraties van niet-gecontracteerde zorgaanbieders binnen een bepaalde vaste termijn in behandeling te nemen. De rechtbank ziet evenmin een andere rechtsgrond die Z&Z verplicht tot in behandeling nemen van declaraties binnen een bepaalde vaste termijn. Welke termijn redelijk moet worden geacht, kan van declaratie tot declaratie verschillen. De vordering om Z&Z te veroordelen tot het in behandeling nemen van een declaratie van BuurtzorgT binnen een bepaalde vaste termijn, zal daarom worden afgewezen.

De vordering onder 6

4.42. De rechtbank acht de subsidiaire vordering van Z&Z, inhoudende dat de rechtbank iedere maatregel treft die in goede justitie redelijk is en recht doet aan de belangen van BuurtzorgT te vaag. Reeds daarom wordt ook deze vordering afgewezen.

De vordering onder 7 buitengerechtelijke incassokosten

De rechtbank kan niet vaststellen welk geldbedrag Z&Z op grond van de veroordeling tot vergoeding van een deel van de acht declaraties aan BuurtzorgT zal moeten voldoen, omdat BuurtzorgT niet heeft gespecificeerd voor welk bedrag deze declaraties zien op reistijd en zorgcoördinatie. Daarom kan de rechtbank de hoogte van de eventuele aanspraak van Z&Z op buitengerechtelijke incassokosten niet vaststellen. De rechtbank wijst de vordering op dit punt alleen al daarom af.

Proceskostenbeslissing

4.43. Partijen worden in conventie over en weer in het ongelijk gesteld. Daarom zal de rechtbank de proceskosten in conventie compenseren, in die zin dat iedere partijen de eigen kosten draagt.

De reconventie

4.44. De voorwaarde waaronder de vordering in reconventie is ingesteld, is niet vervuld. Aan beoordeling van die vordering komt de rechtbank daarom niet toe.

5 De beslissing

De rechtbank

in conventie

- 5.1. verklaart voor recht dat de declaraties zoals opgenomen in productie 30 bij dagvaarding met de factuurnummers 151853338977, 152777475747, 154357803338, 154393380711, 154504465718, 153787374683, 154773405382 en 155013972474 steeds verzekerde gespecialiseerde GGZ betreffen onder de naturapolissen bij Z&Z;
- 5.2. veroordeelt Z&Z tot betaling aan BuurtzorgT van de declaraties zoals opgenomen in productie 30 bij dagvaarding met de factuurnummers 151853338977, 152777475747, 154357803338, 154393380711, 154504465718, 153787374683, 154773405382 en 155013972474, steeds overeenkomstig de polisvoorwaarden van Z&Z met betrekking tot de betaling van niet-gecontracteerde zorg, behoudens voor zover deze declaraties zien op reistijd en zorgcoördinatie;
- 5.3. veroordeelt Z&Z tot betaling van de wettelijke rente over het bedrag dat zij op grond van 5.2 van dit vonnis aan BuurtzorgT moet voldoen, vanaf 31 juli 2020 tot aan de dag van algehele betaling;
- 5.4. verbiedt Z&Z om declaraties van (patiënten van) van BuurtzorgT integraal af te keuren bij een in de optiek van Z&Z onverklaarde mate van zorgcoördinatie, dubbele tijd zonder toelichting, onverklaarde reistijd dan wel indirecte tijd zonder cliënt;
- 5.5. verbiedt Z&Z om declaraties (van patiënten van) BuurtzorgT af te wijzen omdat er behandeling heeft plaatsgevonden vóór diagnostiek;
- 5.6. verklaart de randnummers 5.2 tot en met 5.5 van dit vonnis uitvoerbaar bij voorraad;
- 5.7. compenseert de proceskosten tussen partijen, in die zin dat iedere partijen de eigen kosten draagt;
- 5.8. wijst het meer af anders gevorderde af;

in reconventie

- 5.9. verstaat dat de voorwaarde waaronder de vordering in reconventie is ingesteld, niet is vervuld.

Dit vonnis is gewezen door mr. J.L.M. Luiten en in het openbaar uitgesproken op 19 april 2023.