

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, psychotherapie, declaratie zonder DBC-tarief
Zaaknummer : 2010.00280
Zittingsdatum : 18 augustus 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om volledige vergoeding van de behandelingen psychotherapie in 2008, 2009 en 2010 (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 17 augustus 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 11 mei 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 2 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010086360) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat het gaat om een verzekerde prestatie waarvoor verzoeker een indicatie heeft. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 augustus 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na de zitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd door zijn medisch adviseur contact op te laten nemen met de behandelaar van verzoeker teneinde een DBC-code vast te stellen. Bij brief van 31 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld welke DBC-code van toepassing is. Verzoeker heeft hierop bij brief van 14 september 2010 gereageerd.
- 3.11. Bij brief van 17 september 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 september 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij door zijn huisarts is doorverwezen naar een erkend psychotherapeut. De ziektekostenverzekeraar weigert de nota's te vergoeden, omdat de zorgverlener niet declareert volgens de zogenoemde DBC-systematiek. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar echter meermalen gezegd dat de nota's voor vergoeding in aanmerking komen. Zeer laat is verzoeker ervan op de hoogte gebracht dat de declaraties niet op de juiste wijze waren ingericht. Verzoeker stelt dat het niet aan hem is na te gaan of een zorgverlener juist declareert; dit betreft een kwestie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgverlener. Een verzekerde moet niet de dupe worden van een geschil over de wijze van declareren.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat in eerste instantie is vergoed, omdat de ziektekostenverzekeraar uitging van eerstelijns psychologische zorg. Daarna werd onduidelijke informatie gegeven door zeven verschillende medewerkers. Uiteindelijk bleek het probleem gelegen te zijn in het feit dat op de nota's geen DBC-codes zijn vermeld.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandelingen in eerste instantie per abuis werden aangemerkt als eerstelijns psychologische zorg. Voor de kosten gemaakt in 2008 is € 560,-- vergoed, te weten acht maal het marktconforme tarief van € 80,-- minus € 10,-- wettelijke eigen bijdrage per zitting. In vervolg op deze vergissing is over 2009 een bedrag van € 720,-- uitbetaald, te weten het marktconforme tarief van 2009 minus € 10,-- wettelijke eigen bijdrage per zitting.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar is gebonden aan de regelgeving. Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) mag de ziektekostenverzekeraar geen andere tarieven betalen of vergoeden dan vastgesteld in de tariefbeschikkingen van de Nederlandse zorgautoriteit (Nza). Voor tweedelijns psychologische zorg geldt dat dient te worden gedeclareerd door middel van DBC-codes. Aangezien de zorgverlener van verzoeker niet op deze wijze declareert, komen de nota's niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in artikel 4.2 van de verzekeringsvoorwaarden is geregeld dat de nota's voldoende gespecificeerd moeten zijn. Dit betekent met vermelding van de toepasselijke DBC-code en het tarief. Artikel 35 Wmg staat aan betaling van de nota's in de weg.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat vergoeding van de nota's terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

*vergoeding van de kosten van zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialis-
tische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen. (...)”*

Artikel 11.5 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding, indien gebruik wordt gemaakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener en luidt, voor zover hier van belang:

“Restitutie

Als de verzekerde bij aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gebruikmaakt van zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten, worden in mindering gebracht op de vergoeding.”

- 8.3. De artikelen 11.5 en 23 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Specialistische GGZ is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoeker verleende zorg specialistische GGZ betreft, en dat hij in beginsel aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van deze zorg tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Vergoeding is geweigerd vanwege de wijze van declareren van de door verzoeker geconsulteerde zorgverlener.
- 9.2. Naar aanleiding van hetgeen is besproken ter zitting, heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar in overleg met de behandelaar van verzoeker de DBC-codes 101.011.000.075 en 202.011.000.075 als de meest passende bij de behandeling aangewezen. De juistheid van deze codes is door verzoeker niet bestreden. Verzoeker heeft conform artikel 11.5 van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de nota's tot maximaal het Wmg-tarief dat bij genoemde DBC-codes hoort. Hetgeen in 2008 en 2009 reeds aan verzoeker is vergoed, dient in mindering te worden

gebracht op de vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat die verzekering verder geen bespreking behoeft.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 6 oktober 2010,

Voorzitter