

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, psychotherapie, vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieder, DBC
Zaaknummer : 2009.01932
Zittingsdatum : 9 juni 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 13 augustus 2009 (i) dat met ingang van 1 mei 2009 de kosten voor psychotherapeutische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet meer worden vergoed en (ii) dat een uitgekeerde declaratie ter hoogte van € 300,- wordt teruggevorderd.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beperkte Aanvullende Verzekering, Basis Tand en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 de beslissingen gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen 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 27 oktober 2009 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 23 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 23 april en 3 juni 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 april 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 28 april 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010057298) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de Wet marktordening gezondheidszorg bepaalt dat het een zorgaanbieder verboden is een tarief in rekening te brengen anders dan op de wijze die overeenkomstig de wet is vastgesteld. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 mei 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 juni 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd een suggestie te doen ten aanzien van een toepasselijke DBC voor de onderhavige behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft hier gevolg aan gegeven waarna de zorgverlener bij brief van 28 juli 2010 de commissie heeft laten weten dat hij samen met de ziektekostenverzekeraar tot overeenstemming is gekomen dat DBC-code 250029 de meest passende code is voor de onderhavige behandeling. Een afschrift van deze reactie is op 3 augustus 2010 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarbij hij in de gelegenheid is gesteld daarop te reageren.
- 3.11. Bij brief van 3 september 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 24 september 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht waarin het CVZ de commissie adviseert het verzoek toe te wijzen op grond dat nu de behandeling kan worden aangemerkt als een verzekerde prestatie, en de indicatie niet ter discussie staat, aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker gaat akkoord met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar, gedaan bij brief van 23 december 2009, om de behandelingen in 2009 door een niet-gecontracteerde therapeut volledig, en die in 2010 door de huidige niet-gecontracteerde therapeut tot 80 percent te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft eerder schriftelijk bevestigd dat het niet nodig is op de nota's de DBC-code te vermelden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ in zijn advies weliswaar stelt dat gedeclareerd dient te worden onder vermelding van een DBC-code doch dat de therapeut niet in staat is om op de nota's een DBC-code te vermelden. Overstappen naar een andere therapeut is voor verzoeker geen optie aangezien

hij een vertrouwensrelatie met de therapeut heeft opgebouwd en dit een terugval in de therapie zou betekenen.

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 heeft bij brief van 23 december 2009 aan verzoeker laten weten dat de gedeclareerde behandelingen psychotherapie over de periode van 1 mei 2009 tot en met 31 augustus 2009 alsnog worden vergoed. Voor 2010 kan verzoeker, voor behandelingen psychotherapie door een niet-gecontracteerde zorgverlener, aanspraak maken op vergoeding van maximaal 80 percent, mits deze zorgverlener op de nota's vermeldt om welke DBC-code het gaat.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling gesteld dat verzoeker niet verplicht is van behandelaar te veranderen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is (i) de vergoeding van de kosten voor psychotherapeutische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en (ii) of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag ter grootte van € 300,- betreffende behandelingen psychotherapie in de maand mei 2009 heeft teruggevorderd.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel 1.5 van het "Algemeen gedeelte" van de zorgverzekering bepaalt hoe de nota's gedeclareerd dienen te worden. Voor zover hier van belang, luidt artikel 1.5 als volgt:

"1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen de nota's rechtstreeks naar [naam ziektekostenverzekeraar]. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding [naam ziektekostenverzekeraar] is gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft gesteld dat de zorgverlener wegens onbekendheid met de DBC-systematiek niet door middel van een DBC-code kan declareren. In verband hiermee heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd een suggestie te doen ten aanzien van de mogelijk in de situatie van verzoeker toepasselijke DBC. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan gevolg gegeven, waarna de commissie bij brief van 28 juli 2010 is geïnformeerd dat de zorgverlener met de ziektekostenverzekeraar overeenstemming heeft bereikt dat DBC-code 250029 de meest passende code is voor de onderhavige behandeling. Blijkens de website van Vektis hoort bij deze DBC-code voor het kalenderjaar 2010 een tarief van € 3.862,--. Aangezien partijen het kennelijk eens zijn over de te gebruiken DBC-code is de ziektekostenverzekeraar gehouden het bijbehorende tarief te vergoeden.
- 9.2. Ten aanzien van het teruggevorderde bedrag ad € 300,-- stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 23 december 2009 heeft geschreven dat deze vordering, welke betrekking heeft op behandelingen psychotherapie in de maand mei 2009, komt te vervallen.
- 9.3. Omdat de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 1.5 van het 'Algemene gedeelte' van de zorgverzekering, naar het oordeel van de commissie terecht specificatie van de declaraties heeft verlangd daar deze onvoldoende waren om zonder verdere navraag te bepalen tot welke vergoeding hij gehouden was, was zijn aanvankelijke afwijzing terecht.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter