



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C , tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Geneeskundige zorg, dyslexiezorg, declaratie onder vermelding van DOT-zorgproductcode

Zaaknummer : 201400920

Zittingsdatum : 22 april 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.5a Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (2011 en 2012) respectievelijk de IZA GezondSamenPolis Restitutie (2013 en 2014) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Aanvullend Classic (2011 en 2012) respectievelijk IZA Extra Zorg 3 (2013 en 2014) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 2 (2013 en 2014) is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met dyslexie (hierna: de aanspraak). Bij diverse ongedateerde uitkeringsberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 februari 2013 en 21 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing 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 5 oktober 2014 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 maart 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 maart 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 23 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015023451) de commissie medegedeeld dat het onduidelijk is of de behandelaars van verzekerde voldoen aan de polisvoorwaarden. Dit is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar.

Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 maart 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 25 en 27 maart 2015 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze stukken zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzekerde heeft jarenlang extra begeleiding gehad met lezen op school. Uiteindelijk is hij verwezen voor een dyslexieonderzoek. Verzoekster heeft voorafgaand aan dit onderzoek bij de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan naar de vergoeding. Zij heeft onder andere geïnformeerd of de zorgaanbieder die het onderzoek en de eventuele behandeling zou uitvoeren, hiervoor is gekwalificeerd. Omdat het gaat om een orthopedagoog die is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), werd verzoekster verteld dat het onderzoek en de behandeling aldaar konden plaatsvinden.


4.2. Het onderzoek naar dyslexie is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster was daarom in de veronderstelling dat dit ook zou gelden voor het behandeltraject dat daarop volgde. Vergoeding van de behandeling werd echter door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat de behandelaar moet declareren met een DOT-zorgproductcode of aan het einde van het behandeltraject. Verzoekster heeft de nota's opgespaard en later nogmaals gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar blijft echter vergoeding weigeren.


4.3. De door de ziektekostenverzekeraar in het kader van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen overgelegde telefoonregistratie is niet volledig. Verzoekster mist de aantekeningen met betrekking tot de afspraken over het onderzoek. Aan verzoekster is namelijk door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de zorgaanbieder bij deze bekend is voor zowel het onderzoek als de behandeling. Naar aanleiding van die mededeling heeft verzoekster het onderzoek laten uitvoeren, en is de vervolgbehandeling gestart. Ook het contactmoment waarbij verzoekster is verwezen naar een kantoor van een andere verzekeraar van hetzelfde concern is niet opgenomen in de contactregistratie. Bij aankomst bij dit kantoor bleek overigens dat deze vestiging niets kon met haar klachten over de ziektekostenverzekeraar.


4.4. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar inconsequent is bij zijn beantwoording van vragen. Tijdens de hele procedure heeft verzoekster steeds verschillende antwoorden gekregen. Een voorbeeld hiervan is dat verzoekster na declaratie van de nota werd verteld dat hierop niet eerstelijns psychologie moest staan, maar "dyslexie". Na aanpassing bleek ook dit niet correct te zijn. Ook deze contactmomenten zijn niet in de registratie opgenomen.


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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar


 5.1. Dyslexiezorg komt voor vergoeding in aanmerking als het gaat om de behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen. De behandeling moet zijn gestart op zeven-, acht-, negen-, tien- of elfjarige leeftijd. De zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien is voldaan aan de voorwaarden van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling, en de zorg wordt verleend door een kinderpsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog generalist. Deze specialisten moeten werkzaam zijn in een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog.

 5.2. Een zorgaanbieder die dyslexiebehandelingen geeft, mag de kosten hiervan pas declareren als de behandeling is afgelopen. Tijdens de behandeling mag de zorgaanbieder nog geen kosten in rekening brengen. De behandelaar van verzekerde is aangesloten bij de NVO. Op de website van de NVO is ook vermeld dat declaratie dient te geschieden onder vermelding van een DOT-zorgproductcode. In het geval van verzekerde is dit niet gebeurd. Om die reden kunnen de kosten van de behandelingen niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.


 5.3. De ziektekostenverzekeraar betreft het als de ouders van verzekerde op basis van het telefoongesprek van 28 september 2012 de indruk hebben gekregen dat de behandelingen zonder vermelding van de toepasselijke DOT-zorgproductcode kunnen worden gedeclareerd. Er is hen echter verschillende keren medegedeeld dat de behandelingen via een DOT-zorgproduct in rekening moeten worden gebracht. Het feit dat de kosten van het onderzoek naar dyslexie volledig zijn vergoed, neemt niet weg dat de zorgaanbieder de kosten van de daaropvolgende behandelingen volgens de gestelde voorwaarden bij de ziektekostenverzekeraar dient te declareren.


 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.


 6. De bevoegdheid van de commissie


 6.1. Gelet op artikel 10 (2011-2014) van de zorgverzekering en 8 (2011-2014) van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 (2011), 11 tot en met 34 (2012) en 11 tot en met 36 (2013 en 2014) van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 20 (2011) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op dyslexiezorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Het recht op vergoeding van de kosten van dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen bij wie de zorg in 2011 begint op zeven-, acht- negen- of tienjarige leeftijd en die basisonderwijs volgen. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Door

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of die het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie heeft. De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Verwijsbrief

Leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is. Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4.

Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen."

Artikel 21 (2012, 2013 en 2014) heeft een gelijklopende strekking.

- 8.4. Artikel 1.6 van de zorgverzekering (2011) luidt, voor zover hier van belang:

"(...) 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 wij zijn gehouden. (...)"

De artikelen 4.2 (2012) en 1.6 (2013 en 2014) kennen een gelijklopende strekking.

- 8.5. Artikel 22 van de zorgverzekering (2011) regelt de aanspraak op eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. (...)

Door

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist. (...)

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting. (...)"

- 8.6. De artikelen 1.6 (2011, 2013 en 2014), 4.2 (2012), 20 (2011), 21 (2012, 2013 en 2014) en 22 (2011) van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 (2011-2014) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Dyslexiezorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5a Bzv. Geestelijke gezondheidszorg is geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. 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 gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar 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.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Door de ziektekostenverzekeraar is niet betwist dat bij verzekerde sprake is van ernstige dyslexie en dat de dyslexiezorg aan hem wordt verleend door een orthopedagoog-generalist die is aangesloten bij de NVO en die werkt onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog. Daarmee is voldaan aan de eisen die artikel 20 (2011) respectievelijk 21 (2012-2014) van de zorgverzekering aan dyslexiezorg stelt, zodat deze zorg in beginsel voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enkel de vraag of de betreffende zorg op de juiste wijze is gedeclareerd. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. De eerste nota, met behandeldata in oktober 2011, vermeldt dat het gaat om een "dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult" respectievelijk een "individueel eerstelijns psychologisch consult". Naar de commissie begrijpt, heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan vergoed als eerstelijns psychologische zorg. Gelet op artikel 1.6 van de zorgverzekering (2011, 2013 en 2014) respectievelijk 4.2 (2012) moet een nota zodanig zijn gespecificeerd dat hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden. Aangezien uit de nota niet is op te maken dat het gaat om dyslexiezorg, heeft de ziektekostenverzekeraar mogen concluderen dat deze ziet op eerstelijns psychologische zorg. Overeenkomstig artikel 22 van de zorgverzekering is vergoeding verleend. Er bestaat geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten dit te wijzigen en de kosten te vergoeden conform artikel 20 van de zorgverzekering.

- 9.3. Van de tweede nota, met behandeldata in december 2011, zijn door de behandelaar twee versies gemaakt. De eerste versie vermeldt dat het gaat om een "orthopedagogisch consult", en de tweede versie vermeldt dat het gaat om een "orthopedagogisch consult: dyslexie". De aanpassing van de nota gebeurde na een telefoongesprek van verzoekster met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is gezegd dat op de nota moet zijn vermeld dat het gaat om dyslexie. De nota is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat hierop een DBC-zorgproductcode moet staan. De behandelaar heeft toegelicht dat zij niet met een DBC-zorgproductcode mag declareren, omdat zij eerstelijns geestelijke gezondheidszorg verleent. Declaratie met een DBC-zorgproductcode is voorbehouden aan de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

Gelet op het gegeven dat hetgeen door de behandelaar naar voren wordt gebracht juist is, dat de eis van het declareren van de onderhavige zorg met een DBC-zorgproductcode niet is opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering, én dat een behandelaar in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg volgens de voorwaarden van de zorgverzekering dyslexiezorg mag verlenen, is de commissie van oordeel dat het niet vermelden van een DBC-zorgproductcode op de nota niet aan verzoekster kan worden tegengeworpen. Aangezien de nota's vanaf de tweede nota voldoende zijn gespecificeerd, is ook voldaan aan het vereiste in artikel 1.6 (2011, 2013 en 2014) respectievelijk 4.2 (2012) van de zorgverzekering, zodat de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoekster ter zake van deze nota's een vergoeding te verlenen voor dyslexiezorg ten behoeve van verzekerde, conform artikel 20 van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor dyslexiezorg dan wel eerstelijns psychologische zorg, zodat deze verzekering geen bespreking behoeft.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2 en 9.3.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2 en 9.3.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 22 april 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo