



Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen D en E beide te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, dyslexiezorg, maximum aantal behandelingen  
Zaaknummer : 201303248  
Zittingsdatum : 3 december 2014



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.5a Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

Ate B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) D en
  - 2) E beide te F,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Politie Zorg Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts PZP is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op dyslexiezorg ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een machtiging wordt verleend voor onderzoek (maximaal 10 uur) en behandeling van dyslexie (maximaal 60 uur) bij verzekerde.
- 3.2. Verzoekster heeft op 10 oktober 2013 via de zorgaanbieder vernomen dat de kosten van de dyslexiebehandeling van verzekerde niet langer worden vergoed, omdat het maximum aantal behandelingen is bereikt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 juni 2014 heeft verzoekster 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 september 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 22 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014123546) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat het aan de zorgverzekeraar is de omvang en doelmatigheid van de zorg te beoordelen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Verzoekster heeft op 8 december 2014, dus na de hoorzitting, per e-mail aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Omdat de schriftelijke behandeling van de onderhavige kwestie reeds was beëindigd en verzoekster ter zitting niet in de gelegenheid is gesteld nog aanvullende informatie in de procedure te brengen, is voornoemde informatie tardief. Deze informatie wordt daarom niet in de procedure betrokken.
- 3.13. Bij brief van 8 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 december 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij verzekerde is in 2011 de diagnose 'ernstige dyslexie' gesteld. Op grond hiervan is verzekerde begonnen met de dyslexiebehandeling bij de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar was op de hoogte van het behandelplan dat hieraan ten grondslag lag. In dit behandelplan is duidelijk vermeld dat de behandeling bestaat uit 20 modules. In de 'Voorwaarden behandeling ernstige dyslexie vergoede zorg' van de zorgaanbieder is vermeld dat een gemiddeld behandeltraject uit 60 behandelingen bestaat. Hierin is voorts vermeld dat er altijd individuele verschillen in de behandelverloop kunnen zijn, en dat daarom de mogelijkheid wordt geboden het behandeltraject te verlengen met maximaal vijftien behandelingen.

- 4.2. De zorgaanbieder heeft verzoekster op 10 oktober 2013 medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar zijn beleid ten aanzien van dyslexiezorg heeft gewijzigd en vanaf dat moment een maximum van 60 uur (bestaande uit behandelingen en indirecte uren die door de zorgaanbieder aan de behandeling worden besteed) hanteert, en dat de behandeling van verzekerde daarom moet worden gestaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet op de hoogte gesteld van het maximum aantal te vergoeden uren dan wel het gewijzigde beleid ter zake. Verzoekster is van mening dat deze nieuwe regeling niet van toepassing is op de situatie van verzekerde, omdat de behandeling indertijd is aangevangen op grond van haar verwachting dat de kosten hiervan volledig zouden worden vergoed. Bovendien is bij de planning van de modules - die alle onmisbaar zijn voor een zorgvuldige en effectieve behandeling - uitgegaan van het maximum van 70 sessies. Het afbreken van de lopende behandeling is bijzonder schadelijk voor verzekerde en geenszins in het belang van haar gezondheid.
- 4.3. In de polisvoorwaarden is bepaald dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van dyslexiezorg. De ziektekostenverzekeraar heeft echter lopende de behandeling zijn beleid aangepast. Verzoekster is daarom van mening dat sprake is van contractbreuk en dat deze situatie "elke redelijkheid en billijkheid" tart. De ziektekostenverzekeraar ontkent zijn beleid te hebben aangepast. Verzoekster merkt ten aanzien hiervan op dat als de ziektekostenverzekeraar dit niet zou hebben gedaan, de zorgaanbieder in oktober 2013 de ouders van de bij hem onder behandeling zijnde kinderen geen brief zou hebben gestuurd, waarin dit aan hen wordt medegedeeld.
- 4.4. Verzoekster stelt verder dat het behandelplan - zoals toegepast bij verzekerde - al geruime tijd wordt gehanteerd door de zorgaanbieder en dat voorheen in vergelijkbare gevallen de kosten altijd geheel werden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft daarom nooit eraan getwijfeld dat de behandeling van verzekerde ook volledig zou worden vergoed. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, is bij verzekerde geen sprake van resterende problematiek, maar van een behandeling die niet volgens de planning kan worden afgerond.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de op 29 januari 2013 verleende machtiging, waarin staat dat maximaal 60 behandeluren worden vergoed. In deze machtiging staat echter niet vermeld dat dit 60 sessies betreft. De onderhavige dyslexiebehandelingen duurden slechts 50 minuten per sessie. Daarom heeft verzekerde aanspraak op 72 sessies á 50 minuten. Verzoekster benadrukt dat bij verzekerde sprake is van ernstige dyslexie en dat daarom 60 sessies van 50 minuten niet voldoende zijn.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij de laatste behandelingen zelf heeft betaald en dat de behandeling van verzekerde inmiddels is afgerond. Verzoekster benadrukt dat bij aanvang van de behandeling vaststond dat 70 behandelingsessies nodig zouden zijn. Er is dus geen sprake van een verlenging van de behandeling. Verzoekster wijst erop dat de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Als de ziektekostenverzekeraar het niet eens is met het behandeltraject, zoals dit wordt toegepast door de zorgaanbieder, had de ziektekostenverzekeraar deze niet moeten contracteren. Verzoekster benadrukt dat zij van de zorgaanbieder heeft moeten vernemen dat de behandeling niet langer zou worden vergoed. Als de ziektekostenverzekeraar eerder had medegedeeld dat slechts 60 sessies zouden worden vergoed, dan zou verzoekster hiermee rekening hebben kunnen houden. Verzoekster vindt dat de ziektekostenverzekeraar niet serieus naar de onderhavige kwestie heeft gekeken. Ten aanzien van het advies van het Zorginstituut merkt verzoekster op dat hierin gesproken wordt over de herziene versie van het protocol. Dit is echter niet relevant. Het gaat om het protocol dat van toepassing was ten tijde van de behandeling. Er wordt gesproken over een stuk van mei 2012 en zegt dat de behandeling toen al geruime tijd aan de gang was. De behandeling is echter aangevangen op 6 april 2012. Daarnaast vindt verzoekster het vreemd dat volgens het

Zorginstituut de ziektekostenverzekeraar de omvang van de zorg en of de zorg doelmatig is, mag vaststellen.

4.7. Verzoekster 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 op 17 januari 2013 de 'ontvankelijkheidsverklaring' ontvangen van de zorgaanbieder. Hierbij was geen behandelplan gevoegd. Dit is ook niet gebruikelijk. Naar aanleiding van voornoemde verklaring heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 januari 2013 een machtiging ten behoeve van verzekerde verleend voor het onderzoek naar en de (eventuele) behandeling van ernstige dyslexie. In deze machtiging is vermeld dat eenmalig maximaal tien uur wordt vergoed voor de diagnostiek. Indien de diagnose 'ernstige dyslexie' wordt vastgesteld, wordt daarnaast nog maximaal 60 uur behandeling vergoed. In de verleende machtiging is reeds duidelijk vermeld dat maximaal 60 uur wordt vergoed. Er is derhalve geen sprake van een beleidswijziging lopende de behandeling.

5.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op de behandeling van ernstige dyslexie. De stelling van verzoekster dat verzekerde meer dan 60 behandelingen nodig heeft, omdat bij haar sprake is van ernstige dyslexie, kan daarom niet slagen. Bovendien is tot op heden geen wetenschappelijke literatuur van voldoende niveau beschikbaar waaruit blijkt dat langer behandelen dan 60 uren een verbetering geeft in resultaat. Meer dan 60 uren dyslexiezorg is daarom niet doelmatig.

5.3. Binnen de dyslexiezorg wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandelingen en behandeluren. Dyslexiezorg valt onder de specialistische geestelijke gezondheidszorg en moet ook als dusdanig worden gedeclareerd met een GGZ-DBC. Meestal wordt op grond hiervan maximaal een kwart van de duur van de behandeling gebruikt als indirecte tijd voor onder andere verslaglegging. De gedeclareerde behandeluur is dus inclusief de indirecte tijd.

5.4. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat zij erop mocht vertrouwen dat de kosten van de volledige behandeling zouden worden vergoed, benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat in de machtiging duidelijk staat vermeld dat maximaal 60 behandeluren worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar merkt op zich - gezien de ruimte die er volgens de zorgaanbieder zou zijn voor uitzonderlijke gevallen de behandeling uit te breiden tot maximaal 75 sessies - te kunnen voorstellen dat verzoekster dacht dat dit voor verzekerde misschien mogelijk zou zijn als de zorgaanbieder dit zou adviseren en inplannen. Echter, ook hierbij zou op zijn minst enige twijfel moeten bestaan, gelet op de ook in het behandelplan genoemde richtlijn van de zorgverzekeraar van 60 behandelingen en de vermelding hiervan in voornoemde machtiging. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op nooit méér dan de DBC voor een maximum van 60 behandeluren te hebben vergoed aan gecontracteerde zorgaanbieders. Eventuele verlengingsaanvragen zijn altijd afgewezen.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat met de zorgaanbieder is afgesproken dat wordt behandeld volgens het landelijk geldende protocol. Verzoekster maakt de ziektekostenverzekeraar veel verwijten over de informatieverstrekking. Voor zover de zorgaanbieder verkeerde informatie heeft verstrekt, is het de vraag in hoeverre dit de ziektekostenverzekeraar kan worden verweten. Er ligt echter ook een verantwoordelijkheid bij de verzekerde, zij had navraag kunnen doen bij de ziektekostenverzekeraar. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar geen verkeerde informatie verstrekt aan verzoekster.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 meer dan 60 dyslexiebehandelingen ten behoeve van verzekerde te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

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

***“B.20.1. Waar hebt u recht op?***

*U hebt recht op onderzoek als er sprake is van een vermoeden van ernstige dyslexie, en u hebt recht op behandeling als uit het onderzoek / de diagnostiek blijkt dat er sprake is van ernstige dyslexie. Onder ernstige dyslexie verstaan we een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwprikkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.  
(...)”*

8.4. In artikel A.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg, waarop de verzekerde - gelet op zijn indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. In de toelichting is hierover vermeld: "Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag niet onnodig dure zorg zijn."

8.5. De artikelen B.20 van de zorgverzekering en A.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Dyslexiezorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5a Bzv.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de

ziekttekostenverzekeraar 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. In artikel B.20 van de zorgverzekering is bepaald dat recht bestaat op diagnostiek en behandeling in geval van ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dat verzekerde een indicatie heeft die aanspraak geeft op dyslexiebehandeling ten laste van de zorgverzekering, staat niet ter discussie. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzekerde aanspraak heeft op meer dan 60 dyslexiebehandelingen.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij meer dan 60 dyslexiebehandelingen niet meer gesproken kan worden van doelmatige zorg. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt in een dergelijk geval een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat bij verzekerde sprake is van ernstige dyslexie. Bovendien is in het behandelplan vastgelegd dat de behandeling uit 20 modules zal bestaan. In de 'Voorwaarden behandeling ernstige dyslexie vergoede zorg' van de zorgaanbieder is vermeld dat in het protocol Dyslexie diagnostiek en behandeling "de richtlijn van 60 behandelingen [is] gesteld. De zorgverzekeraars hebben deze richtlijn van 60 behandelingen overgenomen. Uit onze effectstudies blijkt eveneens dat in gemiddeld 60 behandelingen een gedegen behandeltraject is af te ronden." De commissie constateert dat het uitgangspunt van 60 behandelingen dus ook door de zorgaanbieder wordt gehanteerd. Bij verzekerde was de behandeling na 60 sessies nog niet afgerond. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat de behandeling van dyslexie na 60 sessies nog een therapeutische meerwaarde heeft. Gelet op de argumenten die verzoekster en de ziektekostenverzekeraar over en weer hebben aangevoerd, komt de commissie tot het oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft mogen besluiten de vergoeding van de dyslexiebehandelingen te beperken tot maximaal 60 behandelingen.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

### Gewekt vertrouwen

- 9.5. Verzoekster stelt dat zij erop mocht vertrouwen dat de onderhavige behandeling volledig zou worden vergoed, omdat haar bekend was dat een dyslexiebehandeling volgens het behandelplan, zoals dat voor verzekerde was opgesteld, in vergelijkbare gevallen al geruime tijd door de ziektekostenverzekeraar werd vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gesteld nog nooit meer dan 60 dyslexiebehandelingen per verzekerde te hebben vergoed. Aangezien verzoekster haar stelling niet verder heeft onderbouwd, kan de commissie niet beoordelen of eerder in (vrijwel) identieke gevallen inderdaad anders is gehandeld en of hierdoor sprake is van bestendige gedragslijn van de ziektekostenverzekeraar waarvan in het geval van verzoekster is afgeweken. De commissie moet het door verzoekster gestelde daarom voor kennisgeving aannemen.

- 9.6. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar zijn beleid heeft gewijzigd lopende de behandeling van verzekerde, overweegt de commissie als volgt. In de op 29 januari 2013 verleende machtiging staat expliciet vermeld dat aanspraak bestaat op maximaal 60 behandelingen. De commissie is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar vóór 17 januari 2013 door verzoekster of de zorgaanbieder op de hoogte is gesteld van de lopende behandeling. Het is dus niet aannemelijk dat de ziektekostenverzekeraar voordien verzoekster heeft medegedeeld dat verzekerde aanspraak zou hebben op meer dan 60 dyslexiebehandelingen. Hier bestaan ook geen aanwijzingen voor. Dat de ziektekostenverzekeraar het beleid ten aanzien van de aanspraak op het aantal dyslexiebehandelingen heeft gewijzigd is dan ook niet aannemelijk geworden. Het enkele feit dat de zorgaanbieder hiervan melding heeft gemaakt in zijn brief van oktober 2013, doet hier niet aan af.
- 9.7. Door verzoekster is nog aangevoerd dat uit de afgegeven machtiging niet valt op te maken dat deze betrekking heeft op maximaal 60 sessies. Uitgaande van 60 behandeluren zou aanspraak bestaan op maximaal 72 sessies van 50 minuten. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is opgemerkt, betreft de afgegeven machtiging niet alleen de zuivere behandel tijd - 50 minuten per sessie - maar tevens de indirecte tijd die de zorgaanbieder besteedt aan bijvoorbeeld de verslaglegging. Ook deze tijd wordt door de zorgaanbieder gedeclareerd. Gelet op hetgeen ter zake gebruikelijk is, kan naar het oordeel van de commissie gevoeglijk worden aangenomen dat met 60 sessies inclusief indirecte tijd het in de machtiging toegezegde maximum aantal behandeluren is bereikt.

#### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 januari 2015,

Voorzitter