



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, in deze
vertegenwoordigd door D te E, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU-EER, België, paramedische zorg, logopedie, doelmatigheid

Zaaknummer : 201602861

Zittingsdatum : 5 juli 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulenmeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo.nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, in deze vertegenwoordigd door D te E,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg, 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 Zorgkeuzepolis (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 Sticol afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzekerde afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Sticol is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van logopedie, te ondergaan te Maaseik, België. De eerste 24 behandelingen die verzekerde heeft ondergaan, zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Na afloop hiervan heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor vervolgbehandelingen ingediend (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 8 augustus en 19 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 november 2016 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 27 februari 2017 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 van € 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 16 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 mei 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 juni 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017023332) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet is vast te stellen op welke gronden logopedische behandeling is geboden, wat de doelen zijn van de logopedische behandeling en welke omvang van de behandeling (redelijkerwijs) is aangewezen om deze doelen te bewerkstelligen. Er is onvoldoende informatie aanwezig om vast te kunnen stellen op welke gronden verlenging van de behandeling nodig is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 juni 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 28 juni 2017 medegedeeld alsnog af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juni 2017 telefonisch medegedeeld eveneens af te zien van horen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend logopedist heeft in het logopedisch verslag ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: *"Uit de testgegevens (zie vorig verslag) blijkt dat er sprake is van een taalprobleem. Ze heeft echter wel al een grote vooruitgang gemaakt. We merken direct een positieve evolutie als [verzekerde] logopedische therapie volgt. Indien dit niet het geval is merken we ook direct een achteruitgang. Daarom is het van groot belang dat [verzekerde] wekelijk[s] (2x30min/week) naar de logopedie komt, gedurende 12 maanden. Dit om verdere achteruitgang tegen te gaan en een positieve evolutie te blijven bevorderen. De logopedische therapie slaat niet terug op de schoolse prestaties. Het is echter wel zeer belangrijk dat ze zich op de juiste manier kan uitdrukken in het dagelijks leven. Tijdens de logopedische therapie ligt de nadruk op de morfosyntaxis. Aangezien dit onvoldoende beheerst is, wordt er op dit onderdeel gewerkt door de logopediste. Een juiste vervoeging van de werkwoorden is zeer belangrijk, zowel in tegenwoordige tijd als verleden tijd. Verder moet [verzekerde] leren dat je niet zomaar woorden van plaats mag verwisselen. Dit kan zorgen voor een betekenisverschil. Het aanleren van een juiste zinstructuur is hiervoor zeer belangrijk. Ten slotte is het werken aan tekstbegrip belangrijk. Ze heeft een zwak auditief geheugen en dit moet zeker en vast worden uitgebreid aangezien dit steeds een grotere rol speelt in het dagelijks leven. Ze moet een tekst kunnen begrijpen en correct interpreteren. Op bovengenoemde onderdelen heeft ze al een grote vooruitgang gemaakt. Het verder blijven werken hieraan en blijven verbeteren is dan ook zeer belangrijk.(...)"*
- 4.2. Verzekerde ontvangt sinds tweeënhalf jaar logopedie, onder andere in verband met taalproblemen en een zwak auditief geheugen. Haar beperkingen leveren problemen op in het dagelijks leven, zowel op school als thuis. Voorgaande volgt uit het evolutieverslag van de behandelend logopedist van 20 juli 2016.
Tot 1 januari 2016 was verzekerde bij een andere zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Deze vergoedde alle door haar benodigde logopedie behandelingen. Verzoeker ging ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar dit voor het jaar 2016 ook zou doen. De aanvraag voor logopedie is in eerste instantie afgewezen omdat de behandelingen (enkel) zouden zijn gericht op schoolse

vaardigheden. Uiteindelijk is echter goedkeuring verleend voor maximaal 24 behandelingen. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact is aan hem medegedeeld dat hij, indien meer behandelingen nodig waren, op eenvoudige wijze om verlenging kon vragen. Verzoeker heeft per e-mailbericht van 2 augustus 2016 om verlenging verzocht. Dit verzoek werd afgewezen. De behandelend logopedist van verzekerde heeft vervolgens aanvullende informatie overgelegd, hetgeen niet heeft geleid tot een goedkeuring. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aangevraagde logopedie onderwijskundige logopedie betreft en ziet op het inoefenen/inslijpen van vaardigheden. Verzoeker kan zich hierin niet vinden. De behandelend logopedist heeft namelijk verklaard dat de logopedie meer omvat dan enkel onderwijskundige logopedie. De behandelingen zijn immers gericht op het gehele dagelijks leven van verzekerde en van levensbelang voor haar toekomst. Omdat zij een groot deel van haar tijd op school doorbrengt, is het vanzelfsprekend dat de behandelingen hierop invloed hebben.

4.3. De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat uit de vervolgaanvraag blijkt dat de achterstand van verzekerde op een bepaald deelgebied verder achteruit is gegaan. Welk deelgebied dit betreft wordt echter niet gespecificeerd. Bovendien vermeldt het evolutieverslag van 20 juli 2016 niets over een achteruitgang. De behandelend logopedist heeft enkel verklaard dat sprake is van een achterstand op verschillende deelgebieden waarvoor vervolghandelingen noodzakelijk zijn.

Verder stelt de paramedisch adviseur dat in de verslaglegging van de behandelend logopedist enkele verplichte onderdelen met betrekking tot de evaluatie ten opzichte van de vorige aanvraag ontbreken. Niet duidelijk is welke onderdelen dit betreft. Ook is dit niet ter sprake gekomen in eerdere brieven van de ziektekostenverzekeraar. Omdat verzoeker niet weet welke onderdelen de adviseur bedoelt, kan hij de benodigde informatie (nog) niet aanleveren.

Tot slot stelt de paramedisch adviseur dat niet duidelijk is welk resultaat met de behandelingen is bereikt en of de behandelingen moeten worden bijgesteld. Het evolutieverslag van 20 juli 2016 beschrijft duidelijk de motivatie voor de behandelingen. Ook volgt hieruit dat verzekerde in een kort tijdbestek een positieve evolutie heeft doorgemaakt en dat het van groot belang is dat zij de behandelingen voortzet.

4.4. 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 mag alleen zorg vergoeden voor zover de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg. Zo dient er een medische indicatie te bestaan voor de zorg en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Voorts wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk (artikel A.3.2. van de zorgverzekering). De zorg omvat logopedie zoals logopedisten in Nederland die plegen te bieden. Logopedie heeft een geneeskundig doel en leidt tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen. De zorg omvat geen logopedie met een onderwijskundig doel of behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid (artikel B.10 van de zorgverzekering).

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor logopedie in eerste instantie afgewezen, omdat de behandelingen zijn gericht op schoolse vaardigheden. Nadien is echter alsnog goedkeuring verleend voor maximaal 24 behandelingen, met een maximumvergoeding van € 22,05 per behandeling. Verzoeker heeft vervolgens een aanvraag voor vervolghandelingen ingediend. Deze aanvraag is beoordeeld op basis van door de behandelend logopedist overgelegde aanvullende informatie.

De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de logopedie inclusief onderwijskundige logopedie en het inoefenen/inslijpen van vaardigheden is. Dit is geen logopedie zoals logopedisten in Nederland dit in de eerste lijn plegen te bieden. Voorts worden de door de behandelend logopedist genoemde jaarlijkse behandelaantallen volgens de paramedisch adviseur niet beschouwd als doelmatige zorg. Uit de overgelegde informatie blijkt dat een in Nederland niet

gebruikelijke hoeveelheid logopedie behandelingen wordt aangevraagd, zonder vermelding van het behalen of opnieuw stellen van subdoelen.

- 5.3. De paramedisch adviseur heeft verklaard dat uit de ten behoeve van verzekerde ingediende aanvragen volgt dat zij een achterstand heeft op een aantal deelgebieden. De aanvraag waarvoor goedkeuring is verleend, vermeldt een achterstand op één deelgebied met een lage score percentiel onder 10. Uit de aanvraag voor vervolgbehandelingen, waarvoor een nieuwe test is afgenomen, volgen op de onderdelen 'zinnen herhalen' en 'zinnen formuleren' lage percentielscores (3-10). Hieruit kan worden geconcludeerd dat verzekerde op een deelgebied achteruit is gegaan dan wel niet vooruit is gegaan.

Verder mist de ziektekostenverzekeraar in de verslaglegging van de behandelend logopedist een aantal in Nederland, conform de 'Richtlijn verslaglegging en verslaggeving', verplichte onderdelen. Hierdoor kan de aanvraag niet goed worden beoordeeld. Verder vermeldt de aanvraag voor de vervolgbehandelingen geen evaluatie ten opzichte van de vorige aanvraag wat betreft het resultaat van de gegeven behandelingen en of deze worden bijgesteld. Ter onderbouwing wordt verwezen naar het verslag van de paramedisch adviseur van 11 april 2017.

Voor kinderen met een specifieke taalstoornis of taalontwikkelingsprobleem is input nóg belangrijker dan voor kinderen met een normaal verlopende taalontwikkeling. Kinderen met een niet normaal verlopende taalontwikkeling hebben namelijk nog meer aanbod en oefening nodig. Meer aanbod en oefening behoort echter niet tot de taak van een logopedist. Derhalve is in onderhavig geval geen sprake van doelmatige, logopedische zorg.

De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat het aantal van 24 behandelingen reeds meer is dan het gemiddeld aantal behandelingen in Nederland. Een logopedietraject kan doorgaans binnen voornoemd aantal behandelingen worden afgerond. Uit cijfers van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LipZ) volgt immers dat bij kinderen met taalproblemen gemiddeld 20 behandelingen nodig zijn.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat uit zijn contactregistratiesysteem blijkt dat telefonisch aan verzoeker is medegedeeld dat een aanvraag voor vervolgbehandelingen kan worden ingediend. Dit houdt in dat de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de aanvraag beoordeelt of de aangevraagde zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Dit kan leiden tot een goedkeuring of een afwijzing. Er is derhalve geen sprake geweest van een toezegging of een gewekte verwachting dat de aanvraag voor vervolgbehandelingen zou worden goedgekeurd.

- 5.5. 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 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 is gehouden 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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.10. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op logopedie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat logopedie zoals logopedisten die plegen te bieden. De logopedie heeft een geneeskundig doel en leidt tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen. Logopedie omvat ook individuele behandelingen stottertherapie.

Let op!

- (...)
 - De zorg omvat niet:
 - o behandelingen met een onderwijskundig doel;
 - o behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid;
 - o dyslexiezorg;
 - o stottertherapie in groepsverband volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A. of I.N.S. (zie daarvoor artikel D.5.)
- (...)”

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“B.2.2. Zorg buiten het land waar u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.”

8.5. Artikel A.3.2. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang als volgt:

“De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)”

- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar álle wetenschappelijke informatie die er is. Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. 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 geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt."

- 8.6. Artikel A.3.2. van de 'algemene voorwaarden' en de artikelen B.2. en B.10. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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. Logopedie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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 gereguleerde 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.
- 8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzekerde is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat geen sprake is van doelmatige zorg voor zover het meer dan 24 behandelingen betreft, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg

bestaat. Ten aanzien van de vraag of de toestemming terecht is geweigerd overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Niet in geschil is dat logopedie een verzekerde prestatie vormt als bedoeld in artikel B.10. van de zorgverzekering en dat verzekerde een indicatie heeft voor deze zorg. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzekerde in 2016 was aangewezen op meer dan 24 logopedie behandelingen.
- 9.3. 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, derde lid, Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.4. Verzekerde ondergaat logopedie, onder andere in verband met taalproblemen en een zwak auditief geheugen. Deze beperkingen belemmeren haar in het dagelijks leven. Uit het logopedisch evolutieverslag van 20 juli 2016 volgt dat sprake is van een taalprobleem, voornamelijk op het vlak van morfologie en syntaxis. Voorts blijkt uit voornoemd verslag dat de nadruk van de logopedie ligt op morfosyntaxis en tekstbegrip. Daarnaast wordt gewerkt aan de metacognitieve vaardigheden van verzekerde. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat in de aanvraag voor vervolgbehandelingen geen evaluatie is opgenomen ten opzichte van de eerste aanvraag, zodat niet duidelijk is welk resultaat de behandelingen hebben gehad. Bovendien is het aantal van 24 reeds ondergane behandelingen volgens de ziektekostenverzekeraar meer dan het gemiddeld aantal behandelingen dat in Nederland in een vergelijkbare situatie wordt gegeven. Een logopedisch traject kan doorgaans binnen het aantal reeds vergoede behandelingen worden afgerond.
- 9.5. Hoewel het begrijpelijk is dat verzekerde, gezien haar taalproblemen en zwak auditief geheugen, is gebaat bij logopedie, is de commissie van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat zij redelijkerwijs is aangewezen op meer dan 24 behandelingen. Uit het logopedisch evolutieverslag blijkt niet wat de doelen zijn van de behandelingen, welk effect deze tot nu toe hebben gehad op de ontwikkeling van verzekerde, en waarom vervolgbehandelingen noodzakelijk zijn. Wel is in dit verband door de ziektekostenverzekeraar geconstateerd, en door verzoeker niet weersproken, dat verzekerde op deelgebieden achteruit althans niet vooruit is gegaan. Verder ontbreekt een concreet behandelplan voor de vervolgbehandelingen. Voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 21 juni 2017. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming op grond van de verordening derhalve terecht geweigerd en de aanvraag voor meer dan 24 behandelingen op basis van de zorgverzekering terecht afgewezen.
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoeker is gesteld, met name dat aan hem door de ziektekostenverzekeraar telefonisch is medegedeeld dat hij op eenvoudige wijze verlenging van het logopedisch traject kon aanvragen, kan niet leiden tot een ander oordeel. De ziektekostenverzekeraar heeft niet betwist dat telefonisch contact heeft plaatsgevonden en dat bij die gelegenheid aan verzoeker is medegedeeld dat een aanvraag kon worden ingediend. Van een onvoorwaardelijke en eenduidige toezegging dat de aanvraag zonder meer wordt goedgekeurd, is echter niet gebleken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 5 juli 2017,



P.J.J. Vonk

