

ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : De heer A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, vertegenwoordigd door mevrouw D te E, tegen F en G , beide te H
Zaak : EU/EER, logopedie in België, indicatie
Zaaknummer : 2013.00874
Zittingsdatum : 4 december 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.9 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, en Vo 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

1) F te H, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk 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 Zorgkeuzepolis (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 Top Collectief en Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op 192 sessies logopedie ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd in die zin dat verzekerde in aanmerking komt voor maximaal 24 sessies logopedie.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 21 juni 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 19 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 augustus 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 23 augustus en 3 september 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 augustus 2013 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 november 2013 (zaaknummer 2013096949) heeft het CVZ de commissie geadviseerd nader onderzoek te doen naar de vraag of bij verzekerde sprake is van een gediagnosticeerde taalontwikkelingsstoornis. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 december 2013 met deze tussenuitspraak aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzekerde heeft al jaren een taalachterstand waarvoor zij logopedie krijgt. Tot en met 2012 zijn de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar volledig vergoed, maar voor 2013 heeft deze anders besloten. De behandelend logopedist heeft ten behoeve van verzekerde 192 sessies aangevraagd, maar bij brief van 11 december 2012 is verzoeker geïnformeerd dat slechts 24 van de 192 sessies voor vergoeding in aanmerking komen. De overige 168 sessies zijn niet doelmatig. Kennelijk bestaat wel aanspraak op meer sessies indien de medische noodzaak hiervoor is aangetoond. In dit verband heeft verzoeker een brief van de behandelend logopedist van 29 april 2013 overgelegd waaruit de medische noodzaak blijkt.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Indien aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van logopedie, hetgeen bij verzekerde het geval is, wordt in beginsel akkoord gegeven voor maximaal 24 sessies per jaar. Met dit aantal sessies logopedie kan in het algemeen worden volstaan. Een uitbreiding is mogelijk indien wordt aangetoond dat niet kan worden volstaan met 24 sessies.
- 5.2. Verzoeker heeft een brief van de behandelend logopedist van 29 april 2013 overgelegd waarin laatstgenoemde als onderbouwing voor de gevraagde 192 sessies vermeldt dat dit het aantal is waarop men in België recht heeft. Uit bedoelde brief blijkt niet dat verzekerde een medische noodzaak heeft voor meer dan 24 sessies logopedie. De extra sessies zijn daarom aangemerkt als niet doelmatig. Daar komt bij dat een deel van de sessies betrekking heeft op het oefenen, trainen en het zich eigen maken van de aangeboden lesstof. Ten aanzien hiervan geldt dat het

herhalen en oefenen van het geleerde tijdens de logopedische sessies niet behoort tot zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

5.3. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat uit het declaratiesysteem blijkt dat in 2012 100 behandelingen logopedie zijn vergoed. Hierop bestond geen aanspraak, maar deze sessies zijn abusievelijk toch betaald. Nog afgezien van het feit dat verzekerde de sessies logopedie nu in België krijgt, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toekomstige sessies ook te vergoeden.

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 A.21. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig 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 zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

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

"B.10.1. Omschrijving van de zorg

Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. Logopedie heeft verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen als geneeskundig doel heeft.

Let op!

De zorg omvat niet:

a. behandelingen met een onderwijskundig doel;

b. behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid;

c. dyslexiezorg; zie daarvoor artikel B.20.

B.10.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6. (...)"

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

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

(...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A', en B.2. en B.10. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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. Artikel 2.6 Bzv regelt de aanspraak op paramedische zorg. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft 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 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"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 lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Voorafgaand aan de behandelingen logopedie van verzekerde heeft verzoeker toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar zodat artikel 20 van Vo 883/2004 van toepassing is. Ook in dat kader dient te worden vastgesteld of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of een (verzekerings)indicatie bestaat.
- 9.2. Mede gelet op het CVZ-advies van 11 november 2013 is op basis van de door partijen overgelegde stukken niet vast te stellen of bij verzekerde sprake is van een taalontwikkelingsstoornis. Om die reden acht de commissie nader onderzoek noodzakelijk. De commissie draagt daarom de ziektekostenverzekeraar op binnen vier weken na het uitbrengen van dit bindend advies duidelijkheid te verschaffen over (i) of bij verzekerde in een eerdere fase taal-spraakdiagnostiek is uitgevoerd, (ii) of bij verzekerde sprake is van een gediagnosticeerde taalontwikkelingsstoornis en zo ja in welke mate, en (iii) wat exact het behandelplan is. Na ontvangst van de betreffende informatie zal verzoeker in de gelegenheid worden gesteld hierop binnen een termijn van veertien dagen inhoudelijk te reageren. Voor zover één of beide partijen nalaat te reageren, zal de commissie de beslissing nemen die zij geraden acht.
- 9.3. In afwachting van de uitkomst van dit onderzoek houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.

10. Tussenuitspraak

- 10.1. De commissie houdt, in afwachting van de uitkomst van het nader onderzoek als bedoeld in 9.2, iedere verdere beslissing aan.

Zeist, 4 december 2013,

Voorzitter