

22 JUN 2017



Zorginstituut Nederland

2016 02061,

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Geschillencommissie van  
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)  
T.a.v. mevrouw  
Postbus 291  
3700 AG ZEIST

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**

2017026853

Datum 21 juni 2017  
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

**Zaaknummer**  
2017023332

**Onze referentie**  
2017026853

**Uw referentie**  
G47 201602861

**Uw brief van**  
22 mei 2017

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 22 mei 2017 aan Zorginstituut Nederland advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van de kosten van logopedie van verzekerde, te ondergaan te Maaseik, België.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Zorginstituut Nederland brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel B.10. van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op logopedie omschreven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Vooraf merkt Zorginstituut Nederland nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van Zorginstituut Nederland kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

### **Medische beoordeling**

Na kennisneming van het geschil heeft Zorginstituut Nederland dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Verzekerde is 11 jaar oud en zit in groep 5 van het basisonderwijs. Vanwege problemen met de morfosyntaxis ondergaat zij sinds 2,5 jaar een logopedische behandeling. De logopediste adviseert een wekelijkse behandeling van tweemaal 30 minuten.

Verzekerde was tot 1 januari 2016 bij een andere zorgverzekeraar verzekerd, welke de logopedische behandelingen gedurende de eerste twee jaar heeft vergoed. Sinds begin 2016 is verweerder de gecontracteerde zorgverzekeraar. Deze heeft aanvankelijk de aanvraag tot voortzetting van de logopedische behandelingen afgewezen. Verweerder voert aan dat de behandelingen zouden zijn gericht op schoolse vaardigheden. Uiteindelijk heeft verweerder goedkeuring verleend voor een maximum van 24 behandelingen. Na afloop van deze behandelingen heeft verzoeker een aanvraag voor vervolghandelingen ingediend. Deze aanvraag is door verweerder afgewezen, omdat het aantal goedgekeurde behandelingen het gemiddeld aantal logopedische behandelingen al had overschreden. Verdere behandeling zou volgens verweerder niet doelmatig zijn.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg

**Datum**  
21 juni 2017

**Onze referentie**  
2017026853

Het geschil betreft de vraag of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de aard en omvang van de geboden logopedische zorg. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Deze aanspraak wordt nader omschreven in artikel B.10. van de polis.

De medisch adviseur merkt op dat in de beschikbare informatie geen functiestoornis of medische diagnose staan vermeld. Er wordt enkel gesproken over achterstanden op een aantal specifieke gebieden van de taalontwikkeling. Hiermee wordt niet voldaan aan de richtlijn voor eerstelijns logopedie, waarin staat beschreven dat op basis van de verzamelde onderzoeksgegevens een logopedische diagnose wordt gesteld volgens het ICF-model.

In beginsel kan een individuele patient redelijkerwijs zijn aangewezen op zorg van een zodanige omvang dat deze het algemene of het behandelgemiddelde bij die stoornis of diagnose overschrijdt. In de beschikbare stukken ontbreekt echter een belangrijk deel van de onderbouwing voor de aangevraagde verlenging. Zo wordt in het behandelplan niet beargumenteerd waarom een wekelijkse behandelomvang van tweemaal 30 minuten noodzakelijk zou zijn. Het logopedisch verslag vermeldt slechts in algemene zin dat het van belang is dat verzekerde vervolghandelingen ondergaat teneinde terugval te voorkomen.

Daarnaast worden er niet conform de richtlijn voor eerstelijns logopedie specifieke behandeldoelen gesteld. Volgens deze richtlijn dient de logopedist een doelstelling te formuleren in termen van einddoel, hoofddoel en subdoel. Hierbij moet worden uitgegaan van het ICF-model en rekening worden gehouden met eventuele psychosociale factoren die van invloed zijn op de te kiezen behandel mogelijkheden, de mogelijkheid tot het inschakelen van de omgeving bij de behandeling en de logopedische methoden die kunnen worden toegepast.

Op basis van de beschikbare informatie concludeert de medisch adviseur dat 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.

**Het advies**

Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande adviseert Zorginstituut Nederland tot afwijzing van het verzoek, tenzij verzoeker aanvullende informatie kan overleggen waaruit blijkt dat verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een voortzetting van de logopedische behandelingen.

Hoogachtend,

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg

**Datum**  
21 juni 2017

**Onze referentie**  
2017026853