

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C,
tegen D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie onder 18 jaar
Zaaknummer : 2011.00306
Zittingsdatum : 21 maart 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende verzekering en Luxe Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op fysiotherapie ten behoeve van verzekerde ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch 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 4 juli 2011 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 (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2012 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011124826) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat naar aard en ernst sprake is van motorische retardatie en ontwikkelingsstoornissen van het zenuwstelsel als bedoeld in de chronische lijst fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 21 maart 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Ter zitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld alsnog contact op te nemen met de huisarts in verband met een nadere onderbouwing van de indicatie motorische retardatie. Verzoekster is hierbij verzocht de commissie binnen veertien dagen op de hoogte te stellen van de voortgang hiervan. Verzoekster heeft hierop bij brief van 3 april 2012 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 18 april 2012 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 19 april 2012 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 19 april 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de na de hoorzitting verzonden en ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 8 mei 2012 de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft op 12 november 2009 ten behoeve van verzekerde een verwijzing afgegeven voor fysiotherapie. Op deze verwijzing staat bij diagnose vermeld "spierontwikkeling". Op de verwijzing is handmatig bijgeschreven: "PDD-NOS + concentratiestoornis → 9379". Naast de datum is handmatig bijgeschreven: "/ i.v.m. verwijzing van 4-5-09 die verloren is gegaan." Onder de handtekening van de huisarts is handmatig bijgeschreven: "Ing. datum 5-5-2009 038335". Volgens verzoekster is op de

originele verwijzing niets handmatig bijgeschreven en dat de diagnose PDD-NOS bij verzekerde nooit gesteld.

- 4.2. De behandelend arts/hoofdbehandelaar van GGZ-Breburg verklaart in zijn brief van 16 maart 2010 dat verzekerde sinds 4 augustus 2009 in behandeling is bij deze instelling vanwege psychiatrische problematiek (ADHD met hyperactiviteit, gecombineerde type- en regulatieproblemen). Mede vanuit deze problematiek spelen er motorische problemen bij verzekerde, die versterkt worden door zijn gebrek aan concentratie en inzicht in handelen. “Er is bij [verzekerde] sprake van een motorische retardatie en ontwikkelingsstoornissen van het zenuwstelsel waarvoor langdurige fysiotherapeutische behandeling noodzakelijk is.”
- 4.3. De fysiotherapeut heeft op 31 mei 2010 nogmaals een aanvraag ingediend voor een langdurige machtiging. Op deze aanvraag is de diagnosecode 009379 vermeld. Op 24 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de fysiotherapeut bericht dat voornoemde aanvraag geen nieuwe of veranderde omstandigheden vermeldt die tot een wijziging van het ingenomen standpunt leiden.
- 4.4. Verzekerde had al direct na zijn geboorte last van overstrekken. Daardoor kon hij niet zonder externe stimulans in een rechte of foetushouding liggen. Verzekerde heeft hierdoor een continue spanning in zijn lichaam waardoor hij een “achterwaartse houding” aanneemt. Als gevolg hiervan zijn diverse spiergroepen bij verzekerde onvoldoende ontwikkeld hetgeen resulteert in onder andere hoofdpijn en een innerlijke spanning die zijn ontwikkeling bedreigt. Daarnaast was verzekerde een “reflux baby” en een huilbaby, ook was hij overprikkeld en druk. Verzekerde is destijds motorisch niet verder onderzocht. Later bleek verzekerde zich ook op motorisch gebied niet goed te ontwikkelen.
- 4.5. Verzekerde heeft naast voornoemde problemen op motorisch gebied ontwikkelingsproblemen op het psychiatrisch vlak, te weten ADHD, ODD-kenmerken, regulatieproblematiek, een ambivalente hechtingsstijl, hypersensitief en een zeer gebrekkige gewetensontwikkeling als gevolg van voornoemde beperkingen. De eerste diagnose op dit vlak is op vierjarige leeftijd door de kinderpsychiater gesteld: “Het is duidelijk dat door het disfunctioneren van de neurotransmitters (aangeboren afwijking in de hersenen en tevens een aangeboren ontwikkelingsstoornis) [verzekerde] niet in staat is om zijn bewegingspatronen vanuit zichzelf natuurlijk en goed te laten verlopen, hierdoor ontstond een motorische achterstand.” Verzekerde voldoet, gezien het voorgaande, aan de polisvoorwaarden voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 4.6. Naar aanleiding van het verzoek van het CVZ om nadere informatie, heeft verzoekster de commissie op 4 januari 2012 bericht dat verzekerde van 4 augustus 2008 tot 23 juli 2010 bij GGZ-Breburg onder dagbehandeling is geweest. Aansluitend is een vervolgtraject gestart dat tot op heden loopt. Met haar brief van 8 februari 2012 heeft verzoekster medegedeeld dat de thans behandelend arts heeft verklaard “niet handelingsbekwaam” te zijn om een uitspraak te doen over de diagnose ‘motorische retardatie’. Deze arts heeft voorts verklaard dat de commissie, door te vragen om een nadere onderbouwing van voornoemde diagnose, twijfelt aan de deskundigheid van zijn voorganger. Als een arts een diagnose vaststelt, komt deze vanuit een weloverwogen onderzoek tot stand en behoeft daarom geen nadere omschrijving. Verzoekster kan zich geheel vinden in deze denk- en handelwijze.

- 4.7. Ter zitting heeft verzoekster desgevraagd ter aanvulling verklaard dat de behandel-doelen zoals deze in 2010 zijn geformuleerd nog steeds actueel zijn. Verzekerde kan allerlei taken niet goed uitvoeren. Dit speelt 24 uur per dag. Hierdoor is hij motorisch gestoord. Dit komt voort uit het functioneren van de hersenen. De motorische retardatie speelt naast de psychiatrische problemen.
- 4.8. In de brief van 3 april 2012 schrijft verzoekster dat de diagnose motorische retardatie reeds door een arts is gesteld. Een arts doet alleen een uitspraak over een diagnose wanneer hij dit heeft onderzocht. Daarom moet dit door alle betrokken partijen als *“medische beoordeling”* worden geaccepteerd. Verzoekster neemt het de betrokken deskundigen kwalijk dat zij de deskundigheid van deze arts in twijfel trekken. Daarnaast is de gang naar nog een medisch specialist en het verder medicaliseren van verzekerde gezien zijn psychiatrische problematiek niet wenselijk. Bovendien zal de gang naar een neuroloog hoge kosten met zich brengen. Dit is zeer tegenstrijdig met de afwijzing van de fysiotherapie. Ook is de fysieke situatie van verzekerde thans anders dan in mei 2009 toen de behandeling is aangevangen, waardoor de onderzoeksresultaten een ander beeld zullen geven.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzekerde heeft geen indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. PDD-NOS is een pervasieve ontwikkelingsstoornis, waarbij sprake is van een autistische of daaraan verwante stoornis die gekenmerkt wordt door gebreken in de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden. Nu niet is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden, heeft verzekerde geen aanspraak op langdurige fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Het is niet bekend wie de handmatige aantekeningen op de verwijzing van de huisarts heeft aangebracht. Binnen de afdeling die de aanvragen beoordeelt geldt de regel dat medewerkers géén aantekeningen maken op de stukken die worden ontvangen van zorgverleners.
- 5.3. De arts/behandelaar van verzekerde legt een verband tussen de motorische problemen en de psychiatrische problematiek. Ook indien alleen sprake is van “ADHD met hyperactiviteit, gecombineerde type- en regulatieproblemen” is geen sprake van een indicatie voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. De door fysiotherapeut op de aanvraag vermelde diagnosecode 009379 staat voor motorische ontwikkelingsachterstand of motorische retardatie.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de stukken niet blijkt dat sprake is van motorische retardatie. Ook laten de behandel-doelen zoals beschreven door de fysiotherapeut een ander beeld zien. Deze sluiten aan bij de psychiatrische problematiek. De indicatie ‘spierontwikkeling’, zoals genoemd in de verwijsbrief van de huisarts is niet gelijk te stellen aan de indicatie motorische retardatie. Volgens de paramedisch adviseur wordt de motorische retardatie veroorzaakt door de psychiatrische problematiek.

5.6. Naar aanleiding van de brief van verzoekster van 3 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 18 april 2012 medegedeeld dat hij, nu een nadere onderbouwing van de huisarts ontbreekt, geen aanleiding ziet het eerder ingenomen standpunt te wijzigen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzekerde aanspraak heeft op langdurige fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

1. voor verzekerden jonger dan 18:

- ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;

- ter behandeling van aandoeningen die niet vallen onder de in dit artikel opgenomen omschrijving, punt 1, tot ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Bij ontoreikend resultaat kan deze zorg worden verlengd met ten hoogste 9 behandelingen; (...).”

8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.5, 2.12 en 2.13 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht, indien sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv, waar artikel 25 van de zorgverzekering naar verwijst. In lid 1, onderdeel a, subonderdeel 6° van bijlage 1 Bzv wordt de indicatie 'motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel' bij verzekerden jonger dan 17 jaar genoemd. In lid 1, onderdeel b, subonderdeel 1° van bijlage 1 Bzv komt de indicatie 'aangeboren afwijking aan het bewegingsapparaat' voor. De huisarts heeft op de verwijzing van 12 november 2009 vermeld dat bij verzekerde een probleem met de spierontwikkeling bestaat. Deze diagnose is niet nader onderbouwd. De behandelend arts van GGZ-Breburg heeft verklaard dat sprake is van motorische retardatie en ontwikkelingsstoornissen van het zenuwstelsel. Dit laatste is evenwel niet nader onderbouwd, ook niet nadat de commissie verzoekster hier toe in de gelegenheid had gesteld.
- 9.2. Nu door verzoekster onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat bij verzekerde sprake is van motorische retardatie dan wel een andere indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv, bestaat geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter