



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, hydrotherapie in verband met
interstitiële cystitis (IC)
Zaaknummer : 201500341
Zittingsdatum : 9 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Pakket 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandelingen hydrotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 9 april en 22 oktober 2014 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 e-mailbericht van 11 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding mogelijk is van € 1.000,-- per kalenderjaar. Een deel van deze vergoeding is aan verzoeker verleend. Op het restant kan hij nog aanspraak maken.
- 3.4. Bij brief van 3 mei 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.000,-- 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 17 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juni 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 september 2015 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 24 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015076012) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat interstitiële cystitis geen indicatie is die voorkomt op Bijlage 1 Bzv, zodat geen sprake is van een verzekerde prestatie. Bovendien wordt de hydrotherapie niet gegeven in een revalidatieinstelling, maar in een regulier zwembad. Ook om die reden bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven. Bij brief van 17 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie zijn reactie gezonden. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop in te gaan, hetgeen hij bij e-mailbericht van 23 september 2015 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 24 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 30 september 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat interstitiële cystitis nooit een indicatie is geweest op Bijlage 1 Bzv. Ook een versnelde hartslag levert geen indicatie op die voorkomt op de chronische lijst. Een afschrift van dit advies is op 1 oktober 2015 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 4 oktober 2015 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. In 1997 is bij verzoeker de diagnose "interstitiële cystitis" (hierna: IC) gesteld, hetgeen een zeldzame aandoening is die zich voornamelijk bij vrouwen voordoet. Vanwege pijn in het bekken die het lopen, staan en zitten bemoeilijkt, is verzoeker gestart met behandelingen fysiotherapie. Deze bleken te intensief, en daarom is hij op advies van de fysiotherapeute overgegaan op hydrotherapie. Dankzij deze therapie kan verzoeker tot op heden nog vier uur per dag werkzaamheden verrichten voor zijn werkgever. Hij is per dag acht uur uit bed. De overige uren ligt hij op bed. Als verzoeker de hydrotherapie niet vergoed krijgt, heeft dit tot resultaat dat hij vierentwintig uur per dag op bed moet liggen.
- 4.2. Eerder heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk en telefonisch medegedeeld dat de kosten van hydrotherapie noch ten laste van de zorgverzekering noch ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Lopende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld alsnog over te

gaan tot vergoeding van de kosten van de onderhavige therapie tot € 1.000,-- per kalenderjaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker is hier blij mee, maar is van mening dat de ziektekostenverzekeraar alle kosten dient te vergoeden.

4.3. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, komt IC niet voor bij 1 op de 10.000 mensen. Dit cijfer geldt voor alle personen, terwijl IC een vrouwenziekte is. Het cijfer voor mannen is 1 op de 100.000. Bovendien is verzoeker volgens zijn behandelaars de enige mannelijke patiënt die dermate last heeft van verlamningsverschijnselen, dat deze ertoe hebben geleid dat hij rolstoelafhankelijk is. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn beslissing tot afwijzing op een document van de IC-patiëntenvereniging, dat is te raadplegen via de website. De documenten op de website zijn louter ter informatie. Het materiaal is geenszins bestemd om professionele zorgen door een gediplomeerde specialist te vervangen en mag niet worden gebruikt als basis voor een diagnose of een behandeling. Verder geldt dat de regering steeds heeft gezegd dat uitzonderingsgevallen niet de dupe mogen worden van de regelgeving, en dat moet worden gekeken naar het individu.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat in het advies van het Zorginstituut is vermeld dat hij in staat zou zijn zich binnenshuis zonder rolstoel te verplaatsen. Dit is helaas niet het geval. Het is inmiddels tien jaar geleden dat dit voor hem een mogelijkheid was. Verder staat in het advies dat de hydrotherapie wordt uitgevoerd in een regulier zwembad. Het zwembad in kwestie heeft echter verschillende aanpassingen, zowel in afmetingen als waar het gaat om de temperatuur van het water.

De gemeente heeft aan verzoeker medegedeeld dat de hydrotherapie niet meer onder de Wmo valt. Veertien jaar lang is de therapie door de ziektekostenverzekeraar vergoed, maar nu mocht het volgens de ziektekostenverzekeraar niet meer.

Behalve met IC, is verzoeker bekend met een zeer hoge hartslag. Door de artsen werd hem verteld dat hij waarschijnlijk niet eens 45 jaar oud zou worden. Op enig moment was het mogelijk neuro-modulatie te laten uitvoeren. Dit werd toen nog niet bij incontinentie gebruikt, maar bleek goed te helpen. Verzoeker werd zelfs het onderwerp van onderzoek.

In eerste instantie is door de ziektekostenverzekeraar steeds een machtiging van een jaar gegeven voor de hydrotherapie. Toen heeft de arts die de neuro-modulatie toepaste zich sterk gemaakt, waarop een machtiging volgde voor de duur van vijf jaar. Later volgde nog een machtiging van drie jaar. Op enig moment ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar bericht dat nog een machtiging voor één jaar zou worden verleend.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoeker beoordeeld, en heeft medegedeeld dat IC geen chronische indicatie vormt volgens de lijst Borst. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op chronische fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Er is bij verzoeker geen sprake van een onderliggende neurologische aandoening, en misschien zijn andere zorgsoorten geschikter voor zijn situatie. Hij kan dit bespreken met zijn behandelend arts.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor beweegzorg tot € 1.000,-- per kalenderjaar. Een en ander is geregeld in artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft dit bedrag - naar de stand van 20 maart 2015 - nog niet geheel aangesproken. Hij heeft nog recht op het restant.

5.3. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot een coulancevergoeding voor de kosten van de hydrotherapie. De aandoening komt volgens verschillende websites te vaak voor, namelijk 1 tot 5 op 10.000, om te kunnen spreken van een uitzonderlijke situatie. De ziektekostenverzekeraar zou dan voor alle verzekerden in een vergelijkbare situatie ook een coulancevergoeding moeten toekennen, en hiervoor wordt niet gekozen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de indicatie CI niet voorkomt op de chronische lijst, zodat geen hydrotherapie ten laste van de zorgverzekering mag worden vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot € 1.000,-- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar kan niet meer bieden. Er is geen mogelijkheid rekening te houden met de overige omstandigheden, zoals de verhoogde hartslag. In het verleden is geen doorlopende machtiging afgegeven, want er is steeds opnieuw een aanvraag gedaan. De eerste dateert al van 2004, en in de jaren 2012, 2013 en 2014 is in ieder geval een vergoeding verleend. De vergoeding van 2014 gold als overgangsregeling, en hierover is ook gecorrespondeerd. Verzoeker was derhalve ervan op de hoogte dat de ziektekostenverzekeraar niet zonder meer opnieuw toestemming zou verlenen voor de hydrotherapie.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.000,-- 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 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

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

"omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. (...)

18 jaar en ouder:

- U hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;

- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering (...)"

- 8.4. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
- 8.6. 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.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Hydrotherapie is een vorm van fysiotherapie, en vormt daarom een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De aanspraak op fysiotherapie is verwoord in artikel 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient sprake te zijn van een indicatie die voor komt op Bijlage 1 Bzv. Vast staat dat de indicatie IC, al dan niet in combinatie met een verhoogde hartslag, niet voor komt op Bijlage 1 Bzv, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandelingen hydrotherapie, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor verschillende vormen van beweegzorg, tot een bedrag van maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Coulance

- 9.3. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten, omdat hij kampt met een zeer zeldzame aandoening, waarbij hydrotherapie de enige mogelijkheid vormt om mobiel te blijven en zijn werkzaamheden te kunnen blijven verrichten. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is. Voor zover verzoeker doelt op de vergoeding die gedurende een aantal jaren door de ziektekostenverzekeraar is verleend, geldt dat uit het advies van het Zorginstituut van 30 september 2015 blijkt dat de indicatie IC ook voorheen niet voor kwam op op Bijlage 1 Bzv. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband ter zitting is aangevoerd dat het jaar 2014 was bedoeld als overgangstermijn, teneinde aan de vergoeding met ingang van 1 januari 2015 een einde te maken. Door verzoeker is erkend dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft medegedeeld dat nog één jaar een onverplichte vergoeding zou volgen, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Een en ander kan dan ook niet leiden tot een andere uitkomst.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 4 november 2015,




A.I.M. van Mierlo