



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, in deze vertegenwoordigd door Turien en Co.  
Assuradeuren te Alkmaar

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, aanvullende thuisverpleging, eigen bijdrage CAK,  
schadevergoeding, informatieverstrekking

Zaaknummer : 201402552

Zittingsdatum : 25 maart 2015



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



(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---



1. Partijen



Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

- 
- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en  
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Turien en Co. Assuradeuren te Alkmaar.



2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Avéro Achmea Select Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Turien en Co. Privilege polis 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). De zorgverzekering 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 vergoeding van de eigen bijdrage CAK (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierbij bereid verklaard om eenmalig en onverplicht de eigen bijdrage CAK voor de periode 2/2014 voor zijn rekening te nemen. Dit is een bedrag van € 103,39.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster onverplicht tegemoet te komen door de eigen bijdragen Wmo van € 101,62 en € 6,25 te vergoeden.
- 
- 3.5. Bij brief van 8 december 2014 heeft verzoekster 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 aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

-  3.6. 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 stukken gevoegd.
-  3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.8. Verzoekster heeft bij brief van 13 februari 2015 gereageerd op de onder 3.7 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 19 februari 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 5 maart 2015 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2015 aan verzoekster gestuurd.
-  3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 maart 2015 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.10. Verzoekster heeft bij brief van 16 maart 2015 aan de commissie medegedeeld dat zij om haar moverende redenen afziet van deelname aan de hoorzitting. Verzoekster heeft in deze brief tevens een inhoudelijke reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2015. Aangezien aan verzoekster bij brief van 6 maart 2015 was medegedeeld dat zij ter zitting op voornoemde brief mocht reageren, heeft het bureau haar bij brief van 19 maart 2015 medegedeeld dat de commissie zal beslissen of de brief van 16 maart 2015 in de procedure wordt betrokken. Een afschrift van de brief van verzoekster van 16 maart 2015 is op 19 maart 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.11. Naar aanleiding van de brief van verzoekster van 16 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie op 24 maart 2015 telefonisch medegedeeld eveneens af te zien van deelname aan de hoorzitting.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster heeft in januari 2014 een totale heupprothese gekregen. Na de ziekenhuisopname was zij van 21 januari tot en met 25 maart 2014 aangewezen op thuiszorg. Verzoekster moest worden geholpen bij het wassen, het aankleden, het douchen en bij de wondverzorging. De zorgaanbieder heeft haar verteld dat zij hiervoor een inkomensafhankelijke bijdrage was verschuldigd. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en geïnformeerd naar een mogelijke vergoeding van de eigen bijdrage. Aan haar werd medegedeeld dat de eigen bijdrage op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden vergoed, waarbij een maximering van bedrag en tijd werd gegeven. Daarnaast zou zij de ziektekostenverzekeraar om toestemming moeten vragen en deze de indicatie van het CIZ moeten sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Pas op 30 mei 2014 heeft verzoekster de machtiging ontvangen. Verzoekster heeft vervolgens de nota's ter declaratie ingediend, waarop de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan heeft afgewezen.
-  4.2. Verzoekster kan niet worden verweten dat zij de CIZ-indicatie niet eerder naar de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. Zij heeft immers geen enkele invloed gehad op de termijn waarbinnen deze verklaring wordt verstrekt door het CIZ.
-  4.3. Verzoekster stelt verder dat haar niet eerder dan tijdens het telefoongesprek van 26 augustus 2014 is medegedeeld dat de eigen bijdrage niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het staat ook niet vermeld in de verleende machtiging. Doordat de ziektekostenverzekeraar verzoekster

 een machtigingsaanvraag heeft laten indienen, heeft deze de verwachting gewekt dat de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking zou komen als zij aan alle overige voorwaarden zou voldoen.

 4.4. Verzoekster wijst erop dat zij in de maanden februari en maart 2014 aan de ziektekostenverzekeraar meerdere keren telefonisch heeft uitgelegd hoe haar situatie op die momenten was. Zij heeft hierbij "noodoproepen" gedaan voor hulp. Deze noodoproepen kunnen als aanvraag voor aanvullende thuiszorg worden gezien. De ziektekostenverzekeraar had haar daarom moeten voorstellen gebruik te maken van de aanvullende thuisverpleging die onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt.

 4.5. Verzoekster benadrukt dat zij in de periode van 21 januari tot en met 25 maart 2014 behoefte had aan aanvullende thuisverpleging, naast de thuiszorg die zij ten laste van de AWBZ kreeg. Het feit dat zij hiervan geen gebruik heeft gemaakt, terwijl hierop op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wel aanspraak bestond, bevestigt dat zij niet de juiste informatie heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft niet betwist dat verzoekster meerdere keren over dit onderwerp telefonisch contact heeft opgenomen. Dat de inhoud van deze gesprekken niet kan worden achterhaald, is een onzorgvuldigheid die in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar ligt. Omdat verzoekster niet op de hoogte was van de mogelijkheid van vergoeding van aanvullende thuisverpleging door een professionele zorgaanbieder, en zij veel extra hulp nodig had vanwege complicaties, heeft zij noodgedwongen de hulp van familie, vrienden en burens ingeroepen. Zij heeft deze personen niet steeds per uur betaald, maar zij heeft hen wel 'beloond'. Uiteraard zijn hiervan geen betalingsbewijzen over te leggen. In totaal heeft verzoekster ongeveer € 3.500,-- betaald. Verzoekster vordert thans vergoeding van dit bedrag.

 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht, die uitstijgt boven cijfers en regels. In de onderhavige situatie behoorde de ziektekostenverzekeraar - door onder meer de ingediende declaraties - ervan op de hoogte te zijn dat het verzoekster zowel fysiek als psychisch minder goed ging. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd aanvullende thuisverpleging te verlenen dan wel voor verzoekster te organiseren.

 4.7. Verzoekster heeft bij brief van 2 december 2014 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij niet akkoord gaat met de in diens brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 7 november 2014 toegezegde coulancevergoeding.

 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Op grond van artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op aanvullende thuisverpleging. Om hiervoor in aanmerking te komen, dient de verzekerde een aanvraag, voorzien van de CIZ-indicatie, in te dienen, zodat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag kan beoordelen. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst op 15 mei 2014 de CIZ-indicatie ontvangen. Naar aanleiding hiervan is gebleken dat verzoekster aanspraak heeft op aanvullende thuisverpleging ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom bij beslissing van 30 mei 2014 hiervoor een machtiging verleend voor de periode van 21 januari tot en met 20 april 2014. Gezien de ontvangstdatum van de CIZ-indicatie kon de ziektekostenverzekeraar niet eerder een machtiging afgeven. Dat verzoekster de CIZ-indicatie niet eerder dan mei 2014 zou hebben ontvangen, is volgens de ziektekostenverzekeraar niet juist. Immers, bij het ontbreken van een CIZ-indicatie wordt in het kader van de AWBZ geen toestemming gegeven voor de inzet van thuiszorg.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar maakt notities van de telefoongesprekken met verzekerden. Deze notities bevatten een beknopte weergave van hetgeen is besproken. Het eerste telefonische contact met verzoekster over aanvullende thuisverpleging heeft op 17 april 2014



plaatsgevonden. In de notitie hiervan is vermeld dat aan verzoekster is verteld dat, alvorens de ziektekostenverzekeraar het verzoek tot vergoeding van aanvullende thuisverpleging kan beoordelen, verzoekster een aanvraag moet indienen voorzien van een CIZ-indicatie. Ook is haar verteld dat de vergoeding is gemaximeerd tot 120 dagen per kalenderjaar en tot maximaal € 150,-- per dag. Verzoekster heeft op 24 april 2014 nogmaals telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is zij uitvoerig geïnformeerd. Er is niet gebleken dat verzoekster verkeerd is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. Evenmin is gebleken dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de aanvullende thuisverpleging voor haar te regelen, dan wel hierin een bemiddelende rol te spelen.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 5.3. Verzoekster heeft geen gebruik gemaakt van aanvullende thuisverpleging door een professionele thuiszorgorganisatie. Verzoekster heeft verklaard dat zij een beroep heeft gedaan op mantelzorg, verleend door familie, vrienden en burens. Deze mantelzorg is volgens haar niet per uur betaald, maar zij heeft aan de mantelzorgers wel een vergoeding gegeven. Hiervan zijn geen urenspecificaties of nota's aanwezig. Desondanks vraagt verzoekster een vergoeding voor de door haar betaalde kosten voor mantelzorg van € 12,50 per uur, totaal ongeveer € 3.500,--. Dit komt neer op 280 uur zorg, naast de ten laste van de AWBZ verleende thuiszorg. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat er een noodzaak bestond voor extra hulp, bovenop de vanuit de AWBZ verleende zorg. Echter, de kosten van aanvullende thuisverpleging komen alleen in aanmerking voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering indien deze is verleend door een erkende gekwalificeerde thuisverpleegkundige of thuiszorgorganisatie. Om voor vergoeding hiervan in aanmerking te komen, dient men nota's over te leggen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 september 2014 aan verzoekster medegedeeld bereid te zijn eenmalig en onverplicht de eigen bijdrage CAK voor periode 2/2014 van € 103,39 te vergoeden. Bij brief van 7 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden nogmaals een onverplichte vergoeding te verstrekken voor de eigen bijdrage in het kader van de Wmo, dit betreft bedragen van € 101,62 en € 6,25. Verzoekster heeft dit laatste aanbod van de hand gewezen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar het aanbod bij brief van 6 februari 2015 formeel ingetrokken.
- 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 12 van de algemene voorwaarden 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de eigen bijdrage CAK en/of een schadevergoeding vanwege de aan haar - in plaats van aanvullende thuisverpleging - verleende mantelzorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 
- 8.1. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op aanvullende thuisverpleging en luidt:

**"Aanvullende thuisverpleging**

*Een aanvulling op de door de AWBZ geleverde thuisverpleging/thuiszorg voor zover daardoor een medisch noodzakelijke opname in het ziekenhuis, niet zijnde psychiatrisch ziekenhuis, wordt voorkomen of bekort.*

**Bijzonderheden**

*U dient een CIZ-indicatie te kunnen overleggen.*

**Door**

*Verpleegkundige of ziekenverzorger.*

**Toestemming**

*U bent verplicht vooraf schriftelijke toestemming te vragen aan Turien en Co., inclusief een verklaring van de behandelend arts.*

*Maximaal 120 dagen per kalenderjaar tot maximaal € 150 per dag."*

- 8.2. Artikel 16.4 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat verzekerden declaraties kunnen indienen door het declaratieformulier in te vullen en samen met de originele nota's naar de ziektekostenverzekeraar te sturen.

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage CAK. Verzoekster komt daarom niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.
- 9.2. Op grond van artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op aanvullende thuisverpleging. Om hiervoor in aanmerking te komen, dient de verzekerde een CIZ-indicatie over te leggen. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster van 21 januari tot en met 25 maart 2014 een indicatie had die aanspraak gaf op deze zorg. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster aan de overige voorwaarden heeft voldaan.
- 9.3. In voornoemd artikel is bepaald dat de aanvullende thuisverpleging moet worden verleend door een verpleegkundige of ziekenverzorger. Uit het dossier blijkt dat de aanvullende zorg is verleend door familie, vrienden en burens van verzoekster. Er is derhalve geen sprake van zorg verleend door een verpleegkundige of ziekenverzorger. Daarom heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van aanvullende thuisverpleging ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. Artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat verzekerden kosten kunnen declareren door het insturen van de originele nota's ter zake van de geleverde zorg. Verzoekster heeft geen nota's ter zake van aanvullende thuisverpleging overgelegd. Nog daargelaten hetgeen is overwogen onder 9.3, kon de ziektekostenverzekeraar de vordering van verzoekster reeds om die reden afwijzen.

### **Telefonisch verstrekte informatie**

- 9.5. Van de periode voorafgaand aan de operatie heeft de ziektekostenverzekeraar één telefoonnotitie overgelegd. Hierin is vermeld dat verzoekster een heupoperatie moet ondergaan en thuis wil revalideren met behulp van haar zus en haar huishoudster. Hierop is haar medegedeeld dat hiervoor geen vergoeding mogelijk is. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar twee telefoonnotities uit april 2014 overgelegd. Uit deze notities blijkt evenmin dat aan verzoekster verkeerde informatie is verstrekt. Dat, zoals door verzoekster is aangevoerd, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden een telefonische toezegging zou zijn gedaan voor vergoeding van de eigen bijdrage CAK, is de commissie niet gebleken.
- 9.6. Uit voornoemde telefoonnotities blijkt voorts niet dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om bemiddeling voor of hulp bij het regelen van aanvullende thuisverpleging. Evenmin is hieruit gebleken dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de heupoperatie of tijdens de herstelperiode van 21 januari tot 25 maart 2014 heeft verzocht om informatie over de mogelijkheid van aanvullende thuisverpleging.



Anders dan waarvan verzoekster kennelijk uitgaat, is de ziektekostenverzekeraar geenszins verplicht om tijdens een telefoongesprek spontaan aan te bieden bepaalde zorg voor een verzekerde te regelen. Van een (herhaalde) "noodoproep" zoals door haar in dit verband gesteld is niet gebleken.



### Schadevergoeding

- 
- 9.7. Verzoekster vordert voorts een schadevergoeding van € 3.500,-- ter zake van de kosten die zij heeft gemaakt voor de door familie, vrienden en burens verleende mantelzorg. Zij legt hieraan ten grondslag dat zij deze kosten niet zou hebben gemaakt indien zij door de ziektekostenverzekeraar correct dan wel volledig zou zijn geïnformeerd over de mogelijkheid van aanvullende thuisverpleging. In het onderhavige geval is niet komen vast te staan dat de ziektekostenverzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in hem rustende verplichtingen, zodat de vordering tot schadevergoeding moet worden afgewezen.
- 
- 9.8. Zoals onder 3.10 is vermeld, heeft verzoekster bij brief van 16 maart 2015 een inhoudelijke reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2015. Hetgeen verzoekster in haar brief aanvoert, werpt evenwel geen nieuw licht op de onderhavige kwestie en kan dan ook niet leiden tot een andere uitkomst.



### Conclusie

- 
- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 8 april 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

