

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : Ziekenvervoer, fysiotherapie  
Zaaknummer : 2010.01286  
Zittingsdatum : 21 maart 2012

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 2010, artt. 10, 11, 19 en 114 Zvw, 2.1, 2.6, 2.9, 2.14, 2.17 en 2.18, Bijlage 1 Bzv, 2.6 en 2.11 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (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 Extra Zorg Polis Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering Tand Goed Pakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vervoer naar en van een fokuswoning en op langdurige fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Op 28 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster telefonisch medegedeeld dat het vervoer naar en van een fokuswoning niet voor vergoeding in aanmerking komt. Bij brief van 16 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag voor langdurige fysiotherapie is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 23 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.3. Daarnaast heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op hydrotherapie en incontinentiemateriaal. De aanvraag voor hydrotherapie is afgewezen. Het incontinentiemateriaal krijgt verzoekster vergoed, echter onder aftrek van het verplichte eigen risico van € 165,--.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.5. Bij email van 2 augustus 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 dan wel 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 7 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Bij email van 14 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie nog enige nadere informatie doen toekomen. Afschriften van deze stukken zijn op 19 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 februari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2012 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 19 december 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 18 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011136552) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster voor de aangevraagde fysiotherapie geen indicatie heeft die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Ten aanzien van het vervoer naar en van de fokuswoning dient het verzoek te worden afgewezen, omdat een fokuswoning niet kan worden aangemerkt als een instelling als bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 maart 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 maart 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 maart 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt 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 ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij beslissing van 28 januari 2010 een machtiging verleend voor zittend ziekenvervoer naar en van zorginstellingen waar zij ten laste van de zorgverzekering of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zorg ontvangt of verblijft.
- 4.2. Verzoekster is enkele malen met de taxi naar Purmerend geweest, om daar een focuswoning te bekijken. Zij stelt dat zij voorafgaand aan dit vervoer telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. De betreffende medewerker heeft haar

verteld dat “alles wat voor [haar] medisch noodzakelijk is” zou worden vergoed. Aangezien zij ook een “medisch gesprek” zou krijgen, ging verzoekster ervan uit dat zij het taxivervoer vergoed zou krijgen ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster benadrukt dat een fokuswoning een medische instelling is waar zij onder medische begeleiding zou gaan wonen.

- 4.3. Eén van de taxiriten duurde bovendien veel langer dan gepland, omdat de taxi ook nog iemand anders moest ophalen. Hierdoor heeft verzoekster een aanval van spierkrampen gehad die tien uur heeft geduurd. Overigens gebeurt het vaker dat zij lang op de taxi moet wachten, met een aanval van spierkrampen als gevolg. Verzoekster vindt het onder deze omstandigheden niet terecht dat zij een bedrag van € 278,48 moet betalen aan het taxibedrijf, en het bedrijf dus moet “belonen”.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor langdurige fysiotherapie ten onrechte afgewezen. De indicatie dystonie is opgenomen in Bijlage 1 Bzv. Verzoekster heeft dus aanspraak op langdurige fysiotherapie. Daarnaast kampt zij ondermeer met spierspasmen, krampen, fibromyalgie, de ziekte van Menière, hypoglycemie, maag/darmklachten met incontinentie en artrose. Door de dystonie krijgt zij regelmatig een aanval van spierkrampen. Deze hebben in het verleden zelfs geleid tot een ademstilstand.
- 4.5. De huisarts heeft ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor fysiotherapie met als indicatie fibromyalgie. Deze aanvraag is gedateerd op 12 november 2009. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag in 2010 afgewezen. De ziektekostenverzekeraar bij wie verzoekster in 2009 verzekerd was, heeft destijds wel een machtiging verleend voor langdurige fysiotherapie. Verzoekster heeft in januari 2010 het kantoor van de ziektekostenverzekeraar in Hoorn bezocht om na te gaan welke verzekering zij het beste kon afsluiten. Zij is hierop door de medewerker aldaar geadviseerd de huidige aanvullende ziektekostenverzekering te sluiten. Dit advies heeft zij opgevolgd. Nu is echter gebleken dat de ziektekostenverzekeraar haar verkeerdt heeft geadviseerd.
- 4.6. Op 22 oktober 2010 heeft de huisarts een nieuwe aanvraag ingediend ten behoeve van verzoekster. Hierop heeft zij als indicatie vermeld: “fibromyalgie met in dit kader bewegingsstoornissen als myoclonieën en milde dystonie aan de armen”. Verzoekster benadrukt dat de indicatie dystonieën is opgenomen in de “lijst Borst” en dat deze lijst nog steeds geldig is.
- 4.7. De hydrotherapie betreft groepszwemmen. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat alleen aanspraak op hydrotherapie indien sprake is van groepstherapie. Verzoekster heeft dus aanspraak op het groepszwemmen. De ziektekostenverzekeraar waarbij verzoekster in 2009 verzekerd was, heeft hiervoor destijds wel een machtiging verleend.
- 4.8. Verzoekster stelt verder dat haar bewindvoerder haar betalingen indertijd niet goed heeft uitgevoerd. Hierdoor is een achterstand in de premiebetaling ontstaan. Deze heeft zij zo snel mogelijk ingelopen. Volgens de ziektekostenverzekeraar diende zij echter nog een extra bedrag te betalen voor het eigen risico. Dit eigen risico was verschuldigd over het door haar aangeschafte incontinentiemateriaal. Verzoekster is echter van mening dat zij haar eigen risico al had volgemaakt met de kosten van geneesmiddelen. Verzoekster heeft het gevorderde bedrag overigens toch aan de ziek-

tekostenverzekeraar betaald, omdat zij met ingang van 1 januari 2011 wilde overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar. Verzoekster tekent hierbij aan dat haar nieuwe ziektekostenverzekeraar de kosten van fysiotherapie wel vergoedt.

- 4.9. Bij brief van 28 februari 2012 heeft verzoekster gereageerd op de brief van 7 en de email van 14 december 2011 van de ziektekostenverzekeraar. In deze brief heeft zij haar standpunten herhaald.
- 4.10. Desgevraagd heeft verzoekster ter zitting medegedeeld dat zij helaas niet meer weet met wie zij voorafgaand aan het onderhavige vervoer heeft gesproken. Zij heeft tijdens dit gesprek gevraagd hoe het zit met het vervoer naar en van een fokuswoning. Zij heeft hierbij vermeld dat zij rolstoelafhankelijk is en aldaar ADL-zorg zou krijgen. Het antwoord luidde dat alles wat medisch nodig was zou worden vergoed.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aan verzoekster is een machtiging verleend voor zittend ziekenvervoer. Deze machtiging geldt onder andere voor vervoer naar en van een persoon of instelling waar verzoekster zorg ontvangt die ten laste van de zorgverzekering komt. Verzoekster heeft in maart 2010 enkele ritten gemaakt om naar een nieuwe woning te kijken. Het vervoer voor het bekijken van een nieuwe woning valt echter niet onder voornoemde machtiging. Daarom heeft verzoekster op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op dit vervoer.
- 5.2. Onder het klantnummer van verzoekster staan veel verschillende aantekeningen geregistreerd bij de ziektekostenverzekeraar. Er is echter geen gespreksnotitie over het zittend ziekenvervoer naar en van een fokuswoning.
- 5.3. Uit de aanvraag voor fysiotherapie blijkt dat er geen neurologische grondslag bestaat voor de dystonie. Er is geen sprake van een extrapyramidale aandoening. Evenmin is sprake van een andere aandoening die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op fysiotherapie. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een bedrag van maximaal € 600,-- per kalenderjaar voor beweegzorg, waaronder fysiotherapie valt.
- 5.4. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat voorts aanspraak op hydrotherapie. Ook deze aanspraak is opgenomen in het budget voor beweegzorg. Er bestaat echter alleen aanspraak op therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met één van de volgende chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, ziekte van Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde.
- 5.5. Het bedrag van € 165,-- is in rekening gebracht voor het verplichte eigen risico 2010. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar in mindering gebracht bij de vergoeding van een declaratie voor incontinentiemateriaal.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster hem niet heeft verzocht om een heroverweging van zijn beslissingen ten aanzien van de hydrotherapie en het in rekening gebrachte eigen risico.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op fysiotherapie, hydrotherapie en het zittend ziekenvervoer naar en van een fokuswoning, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast is in geschil of verzoekster een bedrag van € 165,-- verschuldigd is ter zake van het verplichte eigen risico.

## 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 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.*

*(...)*

*18 jaar en ouder:*

*- U hebt vanaf de tiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens bijlage 1.*

*- U hebt geen aanspraak op de eerste negen behandelingen. De kosten hiervan krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.”*

8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. (...)”*

8.4. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*(...)*

*zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een*

*openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.*

*U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:*

- a. u moet nierdialyses ondergaan;*
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;*
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;*
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;*
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.*  
*(...)*

- 8.5. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplichte eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)”*

- 8.6. De artikelen 7, 23, 30 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikel 2.6 e.v. Rzv. De aanspraak op incontinentiemateriaal is nader uitgewerkt in artikel 2.11 Rzv.

Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv. Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.

De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

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

- 8.9. In artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op beweging opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Het budget beweging bestaat uit twee onderdelen:*

*A. Beweging die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve beweging;*

*B. Beweging met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit noemen we preventieve beweging.*

*(...)*

*B. Beweging met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden.*

*Hieronder vallen de onderstaande therapieën:*

- 1. preventieve bewegingprogramma's;*

*2. therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.  
(...)  
Het totale budget beweegzorg bedraagt: maximaal € 600 per kalenderjaar  
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de hydrotherapie en het verplicht eigen risico**

- 9.1. Uit het dossier is gebleken dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar niet heeft verzocht om een heroverweging. In artikel 114, lid 2 Zvw is bepaald dat de commissie een geschil slechts in behandeling neemt nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen. De commissie kan daarom het geschil – voor zover dit ziet op de hydrotherapie en het verplichte eigen risico – niet in behandeling te nemen.

**Ten aanzien van het vervoer**

- 9.2. Tussen partijen is niet in geding dat verzoekster aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft dan ook een machtiging gehad voor het zittend ziekenvervoer naar en van instellingen waar zij ten laste van de zorgverzekering of AWBZ zorg zal ontvangen of zal verblijven. Van een behandeling of verblijf is – waar het gaat om de onderhavige vervoerskosten – geen sprake; verzoekster bezocht de fokuswoning enkel om deze te bezichtigen. Daarom bestaat op grond van artikel 33 van de zorgverzekering geen aanspraak op het taxivervoer naar en van deze fokuswoning.

**Ten aanzien van de fysiotherapie**

- 9.3. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht indien sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv. De oorspronkelijke “lijst Borst” waar verzoekster zich op beroept is inmiddels niet meer van kracht. In lid 1, onderdeel a, subonderdeel 5° van bijlage 1 Bzv wordt de indicatie extrapyramidale aandoening genoemd. De huisarts heeft op de aanvraag van 12 november 2009 vermeld dat bij verzoekster sprake is van fibromyalgie. In de aanvraag van 22 oktober 2010 heeft de huisarts als indicatie vermeld: “fibromyalgie met in dit kader bewegingsstoornissen als myoclonieën en milde dystonie aan de armen”.
- 9.4. Het CVZ heeft in zijn advies van 18 januari 2012 vastgesteld dat dystonie als ziektebeeld onder de in bijlage 1 Bzv genoemde categorie “extrapyramidale aandoeningen” valt. Bij verzoekster is deze diagnose, volgens eigen zeggen, echter niet bevestigd. De overige aandoeningen van verzoekster komen niet voor op bijlage 1 Bzv. Nu niet is gebleken van een indicatie zoals genoemd in bijlage 1 Bzv heeft verzoekster geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op in totaal maximaal € 600,- per kalenderjaar ter zake van beweegzorg, waaronder ook fysiotherapie valt. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster deze vergoeding is onthou-



den.

### **Telefonische toezegging**

- 9.6. Verzoekster heeft gesteld dat haar, voorafgaand aan het vervoer naar en van de fokuswoning, door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is verteld dat de kosten van zittend ziekenvervoer zouden worden vergoed voor alles wat voor haar medisch noodzakelijk was. Verzoekster heeft hierbij evenwel niet vermeld met wie toen zij heeft gesproken, of op welke datum. In de administratie van de ziektekostenverzekeraar is geen gesprek geregistreerd dat betrekking heeft op een dergelijke toezegging. Door verzoekster is in de procedure niet aannemelijk gemaakt dat, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, voorafgaand aan het vervoer naar en van de fokuswoning een toezegging zou zijn gedaan.

### **Conclusie**

- 9.7. Voor zover het geschil ziet op de hydrotherapie, het incontinentiemateriaal en het eigen risico is het verzoek niet-ontvankelijk. Het verzoek dient op de overige punten te worden afgewezen.

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter