



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Ambulancevervoer, eigen risico
Zaaknummer : 201502590
Zittingsdatum : 6 juli 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.13, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Aanvullend 3 sterren, Aanvullend Tand 1 ster en Extra Aanvullend Sport zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 25 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij een bedrag van € 347,71 is verschuldigd ter zake van het verplicht eigen risico 2015 in verband met het ambulancevervoer dat op 9 juli 2015 heeft plaatsgevonden.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 23 februari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het in rekening gebrachte verplicht eigen risico te laten vervallen en het ter zake reeds ingehouden bedrag terug te betalen (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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 mei 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster heeft bij brief van 27 mei 2016 haar pleitnota aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.9. 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.
- 3.10. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is op 9 juli 2015 in huis gevallen en heeft hierbij haar rechterarm gebroken. De huisarts heeft ter plaatse eerste hulp verleend, en heeft vervolgens een ambulance gebeld. Verzoekster is met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht, waar zij verder is behandeld.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het ambulancevervoer bij verzoekster in rekening gebracht als zijnde 'eigen risico'. Verzoekster heeft echter op grond van haar zorgverzekering aanspraak op 100 percent vergoeding van de kosten van ambulancevervoer in spoedeisende gevallen. Er wordt in de betreffende bepaling geen melding gemaakt van een eigen bijdrage die direct of op een later tijdstip zou zijn verschuldigd. De onderhavige kosten dienen op grond van de zorgverzekering volledig te worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve ten onrechte het 'eigen risico' bij verzoekster in rekening gebracht en het bedrag van € 347,71 zonder enige rechtsgrond van haar bankrekening afgeschreven.
- 4.3. Verzoekster benadrukt dat zij met de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten. Op grond van deze overeenkomst is zij gehouden de premie te voldoen, en de ziektekostenverzekeraar is gehouden om de in de polis genoemde risico's te dragen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige situatie de kosten van het ambulancevervoer als zijnde 'eigen risico' van verzoekster heeft gevorderd, is de ziektekostenverzekeraar zijn kant van voornoemde overeenkomst niet nagekomen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat in de polisvoorwaarden duidelijk is vermeld dat zij aanspraak heeft op 100 percent vergoeding van de kosten van ambulancevervoer in spoedeisende gevallen. Hierbij is niet vermeld dat een eigen bijdrage is verschuldigd. Er is geen neerlandicus te vinden die de betreffende polisvoorwaarde anders zal uitleggen. Verzoekster voelt zich misleid door de ziektekostenverzekeraar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft op grond van de zorgverzekering aanspraak op ambulancevervoer in spoedeisende situaties. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota van het ambulancevervoer van € 347,71 ten behoeve van verzoekster rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoed.
- 5.2. Het ambulancevervoer komt ten laste van de zorgverzekering. Hierbij is het verplicht eigen risico van toepassing, hetgeen betekent dat de eerste € 375,- aan zorgkosten voor rekening van de verzekerde komt. Op het moment van vergoeding van de kosten van het ambulancevervoer was het verplicht eigen risico van verzoekster nog niet volgemaakt, daarom is het volledige bedrag van € 347,71 bij haar in rekening gebracht.
- 5.3. Verzoekster heeft alleen gekeken op de vergoedingwijzer en de website van de ziektekostenverzekeraar. De vergoedingwijzer is een samenvatting van de vergoedingen. Op de website staat bij de disclaimer dat hieraan geen rechten kunnen worden ontleend, en dat de polisvoorwaarden leidend zijn. Op zich is de informatie correct: de vergoeding voor ambulancevervoer in spoedeisende situaties bedraagt 100 percent. Echter, op het overzicht staat niet vermeld dat hierbij het (verplicht) eigen risico van toepassing is. In de polisvoorwaarden - die leidend zijn - is dit wèl vermeld.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor ambulancevervoer in spoedeisende situaties inderdaad geen eigen bijdrage is verschuldigd. De kosten van het onderhavige vervoer zijn dan ook volledig vergoed. Echter, er is wettelijk geregeld dat voor bepaalde zorgkosten een eigen risico in rekening worden gebracht. Aangezien dit verplicht eigen risico 2015 destijds nog niet was volgemaakt, zijn de kosten van het ambulancevervoer volledig ten laste van het eigen risico gebracht.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 gerechtigd is de kosten van het onderhavige ambulancevervoer ten laste van het verplicht eigen risico 2015 te brengen en het bedrag ter zake van € 347,71 van verzoekster te vorderen.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

- 8.3. Artikel 19.1 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vervoer per ambulance bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Vervoer per ambulance

U heeft aanspraak op de volgende vormen van ambulancevervoer:

a besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg;

b besteld ambulancevervoer aangevraagd via de Vervoerslijn (in geval wachtlijstvervoer).

(...)”

- 8.4. Artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“6.1 *Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2015 is het verplicht eigen risico € 375,- per verzekerde per kalenderjaar.*

6.2 Eerste € 375,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 375,-.

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

a de kosten van zorg of overige diensten die in 2015 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2016 ontvangen;

b de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;

c de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

d de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:

1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;

e de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;


f de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;

g de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;

h de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker'.


(...)”


- 8.5. De artikelen 19.1 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Ambulancevervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.7. 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
- 9.1. Op grond van artikel 19.1 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van ambulancevervoer. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster op 9 juli 2015 gebruik heeft gemaakt van ambulancevervoer, en dat zij aanspraak heeft op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. In beginsel worden de onderhavige kosten volledig vergoed. Echter, voor de vergoedingen die ten laste van de zorgverzekering worden verleend, geldt het verplicht eigen risico. In artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is immers bepaald dat iedere verzekerde van 18 jaar of ouder de eerste € 375,- aan zorgkosten zelf moet betalen, met uitzondering van de zorgvormen die zijn genoemd in artikel 6.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Ambulancevervoer is in voornoemd artikel niet uitgezonderd. Daarom is voor deze zorgvorm het verplicht eigen risico verschuldigd.
Door verzoekster is niet bestreden de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het verplicht eigen risico 2015 nog niet was volgemaakt ten tijde van het in rekening brengen van de € 347,71. Daarom neemt de commissie als vaststaand aan dat dit eigen risico, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, destijds nog volledig openstond.
- 9.3. Verzoekster is van mening dat zij het verplicht eigen risico niet is verschuldigd voor het onderhavige ambulancevervoer, omdat op de website van de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat deze kosten "100%" ten laste van de zorgverzekering worden vergoed en hierbij niet is opgenomen dat ter zake het (verplicht) eigen risico is verschuldigd. De commissie overweegt dat verzoekster zich enkel heeft georiënteerd op de bepaling die specifiek gaat over het ambulancevervoer. De toepasselijke polisvoorwaarden dienen echter in samenhang te worden beschouwd. De aanspraak op ambulancevervoer kan dan ook niet los van artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering worden gezien. Voornoemd argument van verzoekster treft daarom geen doel. Het zelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende verplichtingen uit de overeenkomst niet nakomt. De eigen risicoregeling van artikel 6 vormt immers een integraal deel van deze (verzekeringsovereenkomst).

- 
- 9.4. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 347,71 bij verzoekster in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2015. Dat de ambulance is besteld door de huisarts en niet door verzoekster zelf maakt het voorgaande niet anders.





Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 21 juli 2016,



H.A.J. Kroon