

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : Eigen risico, ambulancevervoer bij gedwongen opname GGZ  
Zaaknummer : 201302279  
Zittingsdatum : 29 januari 2014

1. Partijen

Mevrouw 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 Samen Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Best en Tand Best Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster een bedrag van € 324,57<sup>n</sup> rekening gebracht met betrekking tot het verplichte eigen risico voor het jaar 2013.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de vordering, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 1 oktober 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 11 oktober 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 324,57<sup>n</sup> niet van haar mag vorderen (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 17 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2013 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 december 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2014 eveneens schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft veel last van een buurman. Hij treitert haar en heeft al diverse keren aangifte gedaan bij de politie, waarna verzoekster en haar partner urenlang werden verhoord. De man achtervolgt verzoekster en bedreigt haar en haar partner. Deze situatie is ontstaan nadat de echtgenoot van verzoekster is overleden en zij haar huidige partner ontmoette. Vóór die tijd had zij een nauwe band met de buurman. Zij gingen veel met elkaar om en hadden de sleutel van elkaars huis.

4.2. Op enig moment heeft de buurman ervoor gezorgd dat verzoekster gedwongen werd opgenomen in een GGZ-instelling. Zij is toen opgehaald met een ambulance. De kosten van de ambulance zijn bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd en door deze vergoed. Verzoekster heeft vervolgens een rekening ontvangen voor het verplichte eigen risico.

4.3. Verzoekster is van mening dat zij het verplichte eigen risico niet hoeft te voldoen, omdat de ambulance tegen haar wil is ingeschakeld door de gemeente waar zij woont. De ziektekostenverzekeraar kan de kosten op de gemeente of de GGZ-instelling verhalen.

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

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

5.1. De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend dat verzoekster de dupe is van treiterijen van haar buurman. Het verplichte eigen risico met betrekking tot het ambulancevervoer is echter terecht bij haar in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar mag deze kosten niet verhalen op een derde. Verzoekster kan dit mogelijk wel.

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

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 verzoekster gehouden is ter zake van het ambulancevervoer het verplichte eigen risico voor het jaar 2013 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

#### 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplichte eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*'7.1. Hoogte verplicht eigen risico*

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.*

#### *7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico*

*Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:*

*- huisartsenzorg. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;*

*- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);*

*- verloskundige zorg en kraamzorg.*

*Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;*

*- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar];*

*- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;*

*- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;*

*- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen. (...)"*

- 8.3. Artikel 7 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).
- 8.4. Het verplichte eigen risico is naar aard en omvang geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.5. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de kosten van het ambulancevervoer zijn gemaakt en dat deze vallen onder de dekking van de zorgverzekering. Voorts staat niet ter discussie dat de ziektekostenverzekeraar de ambulancevervoerder diens nota heeft vergoed en dat op grond van de bestaande verzekeringsovereenkomst de kosten van het vervoer per ambulance niet zijn uitgesloten van het verplichte eigen risico. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster gehouden is het bij haar in rekening gebrachte verplichte eigen risico voor 2013 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 9.2. Verzoekster is, als verzekerde van de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 7 van de zorgverzekering gehouden het verplichte eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Dit geldt ook als verzoekster het niet eens is met de aanleiding tot het ontstaan van de betreffende kostenpost, in dit geval een gedwongen opname in een GGZ-instelling, die volgens haar ten onrechte heeft plaatsgevonden. Zij kan de aan de ziektekostenverzekeraar betaalde kosten wellicht verhalen op de partij die deze kostenpost heeft veroorzaakt. Een en ander vormt echter geen onderwerp van de onderhavige procedure. Hiervoor staat voor verzoekster de weg naar de rechter open.

### **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, 29 januari 2014,

Voorzitter