



Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Ambulancevervoer, spoed, tarief, eigen risico  
Zaaknummer : 201301886  
Zittingsdatum : 4 juni 2014



# ANONIEM BINDEND ADVIES



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 2013, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.13, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---



1. Partijen



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



C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (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 Extra Uitgebreide AV 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. Bij brief van 12 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 785,98 is verschuldigd voor het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 in verband met het ambulancevervoer dat op 28 februari 2013 heeft plaatsgevonden.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 21 december 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het tarief voor het ambulancevervoer - en daarmee het gevorderde bedrag voor het eigen risico 2013 - te verlagen (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 7 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 maart 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014030760) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in de situatie van verzoeker sprake was van een acute medische situatie. Daarom kan het onderhavige vervoer niet worden aangemerkt als het vervoer als bedoeld in artikel 32 van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker bleek op het moment van de hoorzitting niet telefonisch bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op 4 juni 2014 telefonisch gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. Verzoeker is op 28 februari 2013 onwel geworden. Iemand anders heeft daarom via 112 een ambulance besteld. Na ongeveer 20 minuten arriveerde een verpleegkundige met een mobiel ECG-apparaat. Deze heeft een hartfilmpje gemaakt, en het hart van verzoeker bleek in orde. Omdat de verpleegkundige het toch niet helemaal vertrouwde, heeft hij alsnog een ambulance laten komen, die ongeveer 25 minuten later arriveerde. De ambulance heeft verzoeker naar het ziekenhuis gebracht, een rit van ongeveer 1400 meter, zonder gebruik van sirene of zwaailichten. Er is dus ten onrechte een tarief in rekening gebracht voor spoedvervoer. Verzoeker heeft de overige kosten van € 78,98 betaald. Het bedrag van € 707,-- voor spoedvervoer is echter onredelijk hoog.
- 4.2. De commissie heeft op 4 juni 2014 driemaal getracht verzoeker telefonisch te bereiken voor zijn deelname aan de hoorzitting. Helaas bleek dit op het moment van de hoorzitting niet mogelijk. Hierdoor is de gelegenheid voor verzoeker om zijn standpunten nader toe te lichten, komen te vervallen.

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

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

- 5.1. Er zijn twee soorten ambulancevervoer: spoedvervoer en besteld vervoer. De centrale post ambulancevervoer vermeldt of het spoedvervoer of besteld vervoer betreft. Van besteld vervoer was in de onderhavige situatie geen sprake.
- 5.2. Uit navraag bij de Alarmerings- en ambulancedienst Oost is gebleken dat een melding is binnengekomen via 112. Tijdens het telefoongesprek is medegedeeld dat verzoeker last had van pijn op de borst, misselijkheid en kortademigheid. Vervolgens is een 'rapid responder' op een motor naar verzoeker gegaan om eerste hulp te verlenen. Deze vond het noodzakelijk dat een ambulance zou komen, omdat een moeilijke ademhaling werd geconstateerd, hetgeen mogelijk zou kunnen wijzen op een longembolie.
- 5.3. De Alarmerings- en ambulancedienst Oost heeft verklaard dat er twee soorten spoedritten bestaan. Indien de ambulance met sirenes rijdt, mag deze door rood licht rijden. Indien zonder sirenes wordt gereden, mag dit niet. Voor het tarief maakt dit echter geen verschil.

- 5.4. Per regio heeft maar één ambulancevervoerder een vergunning. Samen met de andere zorgverzekeraars in de regio worden budgetafspraken gemaakt met de ambulancevervoerder. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) bepaalt wat de tarieven (maximaal) worden. Naast een aantal landelijk vastgestelde tarieven worden per aanbieder sluittarieven berekend die dienen om het vastgestelde budget 'te vullen'. Deze sluittarieven kunnen tussen aanbieders en per aanbieder door het jaar heen verschillen. Het tarief voor spoedvervoer verschilt per ambulancedienst en is afhankelijk van het individueel bepaalde budget. Elke ambulancedienst ontvangt jaarlijks twee á drie keer een tariefbeschikking van de NZa waarop het tarief voor spoedvervoer is vermeld. Op 28 februari 2013 bedroeg het tarief voor spoedvervoer voor de Alarmerings- en ambulancedienst Oost € 707,--. Daarnaast zijn voor de onderhavige zorg bedragen van € 10,98 voor het aantal verreden kilometers en € 68,-- voor de melding gedeclareerd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de eerder gevoerde correspondentie.
- 5.6. 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 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag van € 707,-- voor het ambulancevervoer ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker heeft gebracht.
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 16 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- "lid 1 Ziekenvervoer per ambulance*  
*lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten*  
*Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevervoer, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel.*  
*(...)"*
- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:
- "lid 1 Verplicht eigen risico*  
*Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- per jaar. U moet dus de eerste € 350,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering van ons zou hebben ontvangen, zelf betalen. Pas daarna vergoeden wij u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het verplicht eigen risico staat op de polis vermeld. De hoogte van het verplicht eigen risico stelt de overheid jaarlijks vast en is bij alle zorgverzekeraars gelijk.*

*lid 2 Vrijwillig eigen risico*

*Naast het verplicht eigen risico kunt u, als u 18 jaar of ouder bent, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,-. Met uitzondering van het bepaalde in lid 8 en lid 9 van dit artikel kiest u een vrijwillig eigen risico voor de duur van een jaar en kunt u deze gedurende het jaar niet wijzigen.*

*lid 3 Hoogte vrijwillig eigen risico*

*Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar bovenop het verplicht eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage (Bijlage 1).*

*lid 4 Kosten die niet meetellen voor het eigen risico*

*Sommige kosten tellen niet mee voor het eigen risico (zowel voor het verplicht als het vrijwillig risico). Die kosten krijgt u dus wel van ons vergoed, ook al heeft u uw eigen risico nog niet vol gemaakt. (...) [vervoer per ambulance wordt hier niet genoemd]*

*(...)*

*lid 7 Terugvordering en verrekening van het eigen risico*

*Wij kunnen kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen wij dit met u.*

*(...)*

*lid 10 Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico vol maken*

*Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplicht eigen risico vol. Als dat vol is, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen, vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons."*

- 8.5. De artikelen 9 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.  
Ambulancevervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv.  
Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Rzv. In artikel 20 Zvw is de mogelijkheid te kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,- € 400,- of € 500,- geregeld.
- 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

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2013 een bedrag van maximaal € 350,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast heeft verzoeker gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Tussen partijen is niet in geschil dat het eigen risico, behoudens een bedrag van € 30,04, ten tijde van het voorval nog niet was aangesproken.
- 9.2. Ter zake van het ambulancevervoer, waarvan de kosten zijn verrekend met eerder genoemd eigen risico, stelt verzoeker dat ten onrechte het tarief voor spoedvervoer is gedeclareerd, omdat de ambulance de sirenes niet heeft gebruikt toen deze naar hem toe reed en evenmin toen hij naar het ziekenhuis werd vervoerd. Tussen partijen is niet in geschil dat het personeel van de ambulance na een 112-melding zorg heeft geboden en dat



verzoeker hiermee naar het ziekenhuis is vervoerd. In de ambulancezorg wordt onderscheid gemaakt tussen besteld vervoer en spoedvervoer. Bij besteld vervoer wordt de patiënt op afspraak opgehaald en ergens heen gebracht. Al het vervoer zonder geplande afspraak is te kwalificeren als spoedvervoer.

- 
- 9.3. Bij verzoeker was op 28 februari 2013 geen sprake van vervoer naar aanleiding van een geplande afspraak. Daarom is het onderhavige vervoer aan te merken als spoedvervoer. Dat de ambulance niet met werkende sirenes heeft gereden, maakt dit niet anders. Ook de door verzoeker aangevoerde vervoersafstand van 1400 meter is hierbij niet van belang. De vervoersafstand wordt immers separaat gedeclareerd, in dit geval een bedrag van € 10,98.
- 
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de ambulancevervoerder het geldende tarief voor spoedvervoer heeft gedeclareerd. Verzoeker heeft niet dan wel onvoldoende bestreden dat dit het juiste tarief is. Vaststaat derhalve dat het tarief voor spoedzorg voor deze aanbieder op 28 februari 2013 € 707,-- bedroeg. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat terecht een bedrag van € 707,-- in rekening is gebracht voor het onderhavige ambulancevervoer, te verhogen met de vergoeding voor de gereden kilometers en de melding, in totaal € 78,98, welke vergoeding geen onderwerp van geschil vormt.
- 
- 9.5. Gelet op artikel 9 van de zorgverzekering is ambulancevervoer niet uitgesloten van het verplichte en/of vrijwillige eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het onderhavige ambulancevervoer dan ook terecht ten laste van het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 gebracht.



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

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.



#### **Conclusie**

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 juni 2014,



Voorzitter