

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, ambulancevervoer, repatriëring
Zaaknummer : 2011.00890
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

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 en 13 Zvw, 2.1 en 2.13 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van repatriëring per ambulance vanuit Frankrijk naar Nederland (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 31 mei 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 17 juni 2011 heeft verzoeker 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 september 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 5 september 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 29 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011092756) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat sprake is van sociale repatriëring, hetgeen geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 27 oktober 2011 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 1 november 2011 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 2 mei 2010, tijdens zijn vakantie in Frankrijk, gevallen. De geraadpleegde weekendarts schreef medicatie voor en adviseerde bedrust. Aangezien de pijnklachten niet verminderden heeft verzoeker op 5 mei 2010 wederom een arts geraadpleegd. De situatie was dermate ernstig dat vervoer per ambulance naar het ziekenhuis te Autun noodzakelijk was. Na onderzoek werd een wervelfractuur geconstateerd. Hiervoor werd langdurige rust geadviseerd. Omdat de vakantieperiode was afgelopen en de familieleden naar huis moesten, zou verzoeker met zijn echtgenote gedurende ongeveer zes weken in Frankrijk moeten blijven. Verzoeker is op leeftijd en is de Franse taal niet machtig. Om die reden heeft hij contact opgenomen met de Alarmcentrale. Daar werd hem gezegd dat ambulancevervoer naar Nederland niet kon worden gegarandeerd. Wel kon bemiddeld worden, maar de bemiddelingskosten zouden rond de € 1.400,-- liggen. Het ambulancevervoer zou rond de € 1.600,-- kosten. Verzoeker is op zoek gegaan naar een goedkopere oplossing, en heeft die gevonden. De kosten van het uiteindelijke ambulancevervoer bedroegen € 1.743,--. Verzoeker wenst een vergoeding van deze kosten.
- 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar was er geen medische indicatie voor repatriëring, en zou het gaan om sociale repatriëring. Dit is niet het geval. Toen verzoeker was teruggekeerd in Nederland, waar hij conform het advies van de Franse arts bedrust moest houden, bleek de situatie onhoudbaar. Verzoeker is toen naar een

ziekenhuis in Nederland vervoerd, waar hij enige tijd moest verblijven. Het bleek dat de Franse arts een inschattingsfout had gemaakt. Hieruit volgt dat een medische noodzaak bestond voor repatriëring, doch dat de Franse arts deze noodzaak niet heeft onderkend.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat repatriëring wordt vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering indien het gaat om vervoer van een instelling in het buitenland naar een instelling in Nederland; de Alarmcentrale het vervoer regelt en de medische noodzaak van terugkeer naar Nederland is vastgesteld door de Alarmcentrale. Een medische noodzaak voor repatriëring is aanwezig indien de benodigde zorg niet kan worden verkregen in het land van verblijf. Die situatie is bij verzoeker niet aan de orde. Bovendien is hij vervoerd naar zijn thuisadres, en niet naar een instelling in Nederland.

5.2. 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 ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B35 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ambulancevervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- *vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,*
- *vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven,*

- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de AWBZ,
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de AWBZ,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door de provincie aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u een schriftelijke verwijzing heeft van de Centrale Post Ambulance (CPA) of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts. Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.”

- 8.4. Artikel B9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.6. De artikelen B5, B9 en B35 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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. Ambulancevervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

- 8.9. Artikel E8.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed als:

- *de Alarmcentrale van [de ziektekostenverzekeraar] het vervoer regelt en*
- *de medische noodzaak van terugkeer naar Nederland is vastgesteld door de Alarmcentrale van [de ziektekostenverzekeraar].”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat ambulancevervoer tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De vraag die dient te worden beantwoord, is of verzoeker hiervoor ten tijde van het vervoer een indicatie had.
- 9.2. Gebleken is dat verzoeker in Frankrijk kon worden behandeld. Het was derhalve niet medisch noodzakelijk dat verzoeker voor verdere behandeling van zijn klachten werd vervoerd naar Nederland. Dat achteraf is gebleken dat de behandelend arts wellicht een verkeerde diagnose heeft gesteld dan wel een verkeerde behandeling heeft voorgesteld, doet hieraan niet af. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker naar Nederland wenste te worden vervoerd en dit, gezien zijn situatie, niet anders kon dan met een ambulance, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor repatriëring indien wordt vervoerd naar een instelling in Nederland en hiervoor een door de Alarmcentrale vastgestelde medische noodzaak aanwezig is. Aangezien verzoeker werd vervoerd naar zijn huisadres, en bovendien – zoals overwogen ten aanzien van de zorgverzekering onder 9.2 – geen medische noodzaak aanwezig was voor ambulancevervoer, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter