

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202301888

### Partijen

C te B, hierna te noemen: verzoekster, namens de erven van wijlen A, hierna te noemen: erflaatster,

en

NV Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van repatriëring van erflaatster per ambulance van Frankrijk naar Nederland alsnog te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de repatriëring niet is geregeld door de alarmcentrale. Verder bleek erflaatster hierop ook niet aangewezen. Daarom worden de kosten van de repatriëring niet vergoed.
- 1.2. De commissie overweegt dat op vergoeding van de kosten van repatriëring niet zonder meer aanspraak bestaat. Uit artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat sprake moet zijn van medisch noodzakelijk vervoer, dit ter beoordeling van de arts van de alarmcentrale. Van medisch noodzakelijke repatriëring is sprake als de juiste medische behandeling ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel. Verder is repatriëring medisch noodzakelijk als behandeling in het buitenland medisch onverantwoord is. In dit geval heeft verzoekster gesteld dat het vanwege inadequate zorg en voortdurende problemen met de heup van erflaatster, dat wil zeggen om medische redenen, noodzakelijk was dat zij naar Nederland werd vervoerd. De commissie geeft geen medisch oordeel over de in Frankrijk verleende zorg, maar een juridisch oordeel over de vraag of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft kunnen komen tot zijn beslissing vergoeding van de kosten van repatriëring van erflaatster per ambulance van Frankrijk naar Nederland af te wijzen. In dat kader kan zij de ziektekostenverzekeraar volgen waar deze verwijst naar de alarmcentrale en diens stelling dat moet worden betwijfeld of de daar aanwezige medische informatie van invloed gaat zijn op de uitkomst van het vergoedingsvraagstuk. Bepalend voor dat laatste is immers niet het medisch handelen of nalaten door een individuele arts. Het gaat veel meer - in algemene zin - over het niveau van zorg in het land van verblijf en de feitelijke situatie waarin betrokkene verkeert, waaraan de noodzaak voor het vervoer moet worden afgemeten. Daartoe wordt als volgt overwogen. Hoewel de ziektekostenverzekeraar er niet in is geslaagd het medisch dossier van de alarmcentrale te verkrijgen, heeft hij wel de telefoonnotities overgelegd. Hierin is te lezen wat er met verzoekster is besproken. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar door zijn medisch adviseur contact laten opnemen met de alarmcentrale-arts die de repatriëring heeft beoordeeld. Hieruit is onder andere naar voren gekomen dat de zorg in Frankrijk gelijkwaardig is aan die in Nederland. Het enkele feit dat de zorg in Frankrijk wordt verleend vormt geen reden aan te nemen dat dit niet de juiste zorg zou zijn, aldus de

medisch adviseur. Verder heeft de alarmcentrale-arts beoordeeld dat het voor erflaatster te risicovol zou zijn om te worden vervoerd én verbeterde haar situatie enigszins na het innemen van antibiotica. Dit laatste volgt overigens ook uit wat verzoekster naar voren heeft gebracht. Zij heeft hierbij weliswaar de kanttekening geplaatst dat zij erg op de antibiotica heeft moeten aandringen, maar dit maakt nog niet dat behandeling van erflaatster in Frankrijk medisch onverantwoord zou zijn. De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat geen sprake was van medisch noodzakelijk vervoer, zodat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft kunnen besluiten de kosten van repatriëring niet te vergoeden.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster is gelet op de verklaring van erfrecht van 19 mei 2023 erfgename van erflaatster, die op 26 april 2023 is overleden. Zij heeft op 8 januari 2024 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat zij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 5 februari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 mei 2024 respectievelijk 2 mei 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 13 mei 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024011604) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 mei 2024 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflaatster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering UMC Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering UMC Extra Zorg 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering UMC Extra Tand 2 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Erflaatster was bekend met een mammacarcinoom, dat was gemetastaseerd naar de botten sinds 2018. Zij heeft in verband hiermee twee heupprothesen gekregen. Bij één heupprothese is in het verleden een infectie opgetreden, die kon worden bevestigd na een operatie. Erflaatster is in maart 2023 met vakantie gegaan naar Frankrijk. Zij werd kort vóór de vakantie opgenomen in een ziekenhuis in Nederland in verband met een hyponatriëmie, waarvoor zij is behandeld, en waarna zij uit het ziekenhuis is ontslagen. Na een aantal dagen in Frankrijk ging zij achteruit, waarbij zij veel pijn in de heup kreeg en naar het ziekenhuis werd vervoerd, Aldaar werden forse ontstekingswaarden geconstateerd. Uiteindelijk is zij vervoerd naar een tweede ziekenhuis, waar zij is geopereerd en waar een dubbel J katheter is geplaatst. Na de operatie knapte erflaatster iets op en is zij, op initiatief van haar familie, per ambulance naar Nederland vervoerd. Dit vervoer heeft plaatsgevonden op 26 maart 2023, en de kosten hiervan bedroegen € 6.400,-. Erflaatster is een aantal weken na terugkeer naar Nederland overleden in verband met metastasen in

de buik. De kosten van het ambulancevervoer hebben de erven bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

- 3.3. Bij brief van 1 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de erven meegedeeld dat de kosten van het ambulancevervoer naar Nederland niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de erven meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 13 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van repatriëring van erflaatster per ambulance van Frankrijk naar Nederland alsnog te vergoeden.
- 4.2. Zij heeft hiertoe, in een ongedateerde brief aan de SKGZ, aangevoerd dat zij en haar familie van mening waren dat tijdens de ziekenhuisopname in Frankrijk bij erflaatster sprake was van een heupinfectie. Omdat een eerdere vergelijkbare heupinfectie in Nederland eerst kon worden vastgesteld met een operatie, kon dit ook nu het geval zijn. Ondanks torenhoge infectiewaardes bij erflaatster en pijn werd er niet adequaat gehandeld. Erflaatster kreeg geen goede pijnstilling of antibiotica. Inmiddels had verzoekster contact gezocht met het ziekenhuis in Nederland waar erflaatster eerder werd behandeld. De Nederlandse arts wilde overleggen met de Franse arts, maar deze laatste weigerde dat. De Franse arts vond starten met een breed spectrum antibioticum niet nodig, gezien het hoge CRP ook te verklaren zou zijn door een carcinoom. Dit was echter zeer onwaarschijnlijk, omdat de neutrofielen ook fors waren verhoogd. De volgende dag was sprake van een sepsis en werd alsnog gestart met een antibioticum. Erflaatster moest worden overgebracht naar een ander ziekenhuis voor een operatie. Zij werd vervoerd in een ambulance, waarbij verzoekster mocht meerijsen. Het personeel mocht nog niet eens een infuus aanraken en heeft amper naar erflaatster omgekeken, terwijl zij de hele rit heeft gemaakt. Op verzoek van verzoekster zijn controles uitgevoerd. Verzoekster heeft zelf het infuus moeten redden toen dit dreigde te sneuvelen. Bij een sepsische shock zonder toegang is men al snel te laat. Erflaatster ontving derhalve zeer inadequate zorg in het eerste ziekenhuis en in de ambulance. Bij aankomst in het tweede ziekenhuis wilde men erflaatster direct naar de operatiekamer brengen. Omdat niemand daar een andere taal dan Frans wilde spreken, was het voor verzoekster onduidelijk waaruit de beoogde ingreep zou bestaan. Verzoekster heeft het privénummer van de Nederlandse oncoloog van erflaatster kunnen achterhalen, en deze was bereid met de Franse arts te overleggen. Opnieuw werd dit echter geweigerd, zodat de Franse arts onvoldoende op de hoogte was van de complexe voorgeschiedenis van erflaatster. Uiteindelijk heeft zij een dubbel J katheter gekregen, terwijl de nier voorheen al was gestuwd en deze niet functioneel was. Het hoofdprobleem van de pijn in de heup werd hiermee niet opgelost. Erflaatster kon hierdoor inmiddels niet eens meer draaien in bed. Na de operatie knapte erflaatster iets op, en haar CRP daalde. De kans is groot dat dit kwam door de antibiotica, en niet zozeer door de uitgevoerde operatie. Uiteindelijk bleek na terugkomst in Nederland van een infectie bij de heup, zoals de familie al vanaf het begin dacht, en waarvoor zij is geopereerd. Daarna zijn er nieuwe metastasen in de buik gevonden en is erflaatster hieraan uiteindelijk overleden.
- 4.3. Verzoekster heeft vanaf het eerste moment dat erflaatster in het ziekenhuis kwam contact gezocht met de ANWB Alarmcentrale (hierna: de alarmcentrale). Haar werd verteld dat een arts de situatie zou beoordelen. Ondanks de spoedsituatie heeft dit lang geduurd en vond beoordeling pas plaats vlak voordat de operatie in het tweede ziekenhuis zou worden uitgevoerd. Toen werd door de alarmcentrale gezegd dat er pas verder kon worden beoordeeld na de operatie. Omdat deze spoed had, had verzoekster hiervoor begrip. De dag na de operatie ontving verzoekster echter bericht van de alarmcentrale dat er nu geen medische noodzaak meer was voor het

vervoer. Verzoekster voelt zich door de alarmcentrale aan het lijntje gehouden tot het moment waarop er in Frankrijk (inadequaat) werd gehandeld, waarna de ziektekostenverzekeraar zijn handen er volledig van aftrok. Verzoekster heeft hem meegedeeld dat het probleem nog niet was opgelost, vanwege de infectie in de heup. Hiernaar werd echter niet geluisterd. Om die reden heeft verzoekster het vervoer naar Nederland zelf geregeld. Verzoekster merkt verder nog op dat voorafgaand aan de vakantie in Frankrijk met de behandelend artsen is overlegd of het medisch verantwoord was op reis te gaan. Er bleek op dat moment geen reden niet te reizen. De reden voor repatriëring was niet te voorzien. Erflaatster kreeg in Frankrijk niet de juiste zorg, zodat het noodzakelijk was haar naar Nederland te vervoeren.

- 4.4. Verzoekster heeft in een e-mailbericht van 2 november 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat zij via enkele wegen heeft geprobeerd aan medische informatie te komen. Via de alarmcentrale is dit niet gelukt. De alarmcentrale heeft het dossier aan de huisarts gestuurd, die heeft overlegd met de KNMG. Vanwege privacywetgeving krijgt verzoekster niet de beschikking over het dossier. Bij de alarmcentrale heeft verzoekster het verzoek neergelegd om een onafhankelijk arts in te schakelen, teneinde te beoordelen of sprake is van een zwaarwegend belang voor de nabestaanden voor het opvragen van informatie. Hierop heeft zij nog geen reactie gekregen.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de repatriëring van erflaatster. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 13 juni 2023 aangevoerd dat repatriëring alleen wordt vergoed als hiervoor een medische noodzaak aanwezig is. Of deze noodzaak er is, wordt bepaald door de alarmcentrale. Een medische noodzaak bestaat als de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is, en in het woonland/Nederland wel, of wanneer behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is. Als de reden van repatriëring is te voorzien door een medische aandoening, worden de kosten hiervan ook niet vergoed. Niet gebleken is dat bij erflaatster sprake was van een medische noodzaak voor repatriëring, maar wel dat bij haar sprake was van een bestaande medische aandoening.
- 5.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 9 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard het dossier van de alarmcentrale niet te kunnen overleggen. Dit kan alleen aan verzoekster worden verstrekt.
- 5.3. In zijn brief aan de commissie van 20 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat uit de 'KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden' volgt in welke situaties het medisch dossier van een overleden patiënt aan de nabestaanden en anderen mag worden verstrekt. De handreiking is opgesteld naar aanleiding van de wijziging van het wettelijk recht op inzage en afschrift voor nabestaanden en anderen met een zwaarwegend belang, ingevolge de artikelen 7:458a en 7:458b van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW). Als er sprake is van een van de navolgende situaties mogen de nabestaanden en anderen de medische gegevens inzien:
1. de patiënt heeft hier tijdens zijn leven toestemming voor gegeven;
  2. een nabestaande of voormalig vertegenwoordiger van de patiënt heeft een mededeling van een incident ontvangen op grond van de Wkkgz;
  3. iemand heeft een zwaarwegend belang bij inzage in het dossier;
  4. het verzoek wordt gedaan door de ouders of voogd van een overleden kind dat jonger is dan 16 jaar.

Een zwaarwegend belang moet aannemelijk worden gemaakt. Er moet daadwerkelijk sprake zijn van een zwaarwegend belang, dit belang kan mogelijk worden geschaad door de geheimhouding van het medisch dossier en de inzage in het medisch dossier is noodzakelijk om het zwaarwegend belang te kunnen behartigen.

In Kamerstukken II 2017/18, 34 994, nr. 3, pag. 12-13 (memorie van toelichting) heeft de wetgever een aantal voorbeelden genoemd waarbij er sprake kan zijn van een zwaarwegend belang:

1. de aanvrager wil een rechtshandeling aanvechten;
2. de aanvrager vermoedt dat sprake is van een medische fout;
3. de voormalig vertegenwoordiger van de overleden patiënt wil het dossier inzien omdat hij zich moet verdedigen in een civiele procedure.

Uit de handreiking volgt dat een financieel belang een zwaarwegend belang kan zijn. Er wordt in de handreiking een aantal voorbeelden gegeven van een financieel zwaarwegend belang van nabestaanden of derden. Nabestaanden of derden kunnen een beroep doen op een zwaarwegend belang als een overledene zijn testament heeft aangepast, daarbij personen heeft onterfd en er concrete aanwijzingen zijn dat de overledene op het moment van de wijziging van het testament wilsonbekwaam was. Verder kunnen nabestaanden of derden ook een zwaarwegend belang hebben als zij aanspraak kunnen maken op een uitkering van de levensverzekering die de overledene heeft afgesloten of als zij een beroep willen doen op uitkering uit het schadefonds geweldsmisdrijven. In de KNMG-richtlijn wordt nogmaals benadrukt dat zorgverleners niet zomaar medische gegevens aan verzekeraars mogen geven. Ook niet als de nabestaande is gemachtigd in het systeem van de verzekeraar. Nabestaanden hebben namelijk geen zeggenschap over de gegevens uit het medisch dossier na overlijden van hun naaste.

- 5.4. Naar aanleiding van het verzoek om de nabestaanden inzage te geven in het medisch dossier heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale. Het is namelijk aan de alarmcentrale om te beoordelen of er sprake is van een zwaarwegend belang bij de nabestaanden en welke informatie kan worden aangereikt bij aanwezigheid van een zwaarwegend belang (zie Kamerstukken II 2017/18, 34 994, nr. 3, pag. 21 (Memorie van toelichting)). De ziektekostenverzekeraar heeft helaas niet kunnen motiveren dat de nabestaanden een dussdanig financieel belang hebben dat dit doorbreking van het medisch beroepsgeheim rechtvaardigt. De alarmcentrale heeft uitgelegd dat bij het medisch beroepsgeheim de proportionaliteit en subsidiariteit een grote rol spelen. Eerst dient te worden bekeken of op een andere wijze dan door doorbreking van het medisch beroepsgeheim het belang kan worden gediend. De alarmcentrale betwijfelt of de medische informatie van invloed zal zijn op de uitkomst van het vergoedingsvraagstuk. Op basis van artikel 7:458a BW kan een ieder met een zwaarwegend belang mogelijk inzage krijgen in het medisch dossier. Helaas heeft de ziektekostenverzekeraar ook niet kunnen beargumenteren dat hijzelf een zwaarwegend belang heeft bij inzage van het medisch dossier. Er bestaat louter een financieel belang en dat is niet voldoende.
- 5.5. De alarmcentrale beoordeelt repatriëringsverzoeken in opdracht van de ziektekostenverzekeraar. In de uitbestedingsovereenkomst tussen de alarmcentrale en de ziektekostenverzekeraar is vastgelegd dat de alarmcentrale de uitbestede prestatie in individuele gevallen controleerbaar moet maken voor de ziektekostenverzekeraar. Binnen de kaders van de wet- en regelgeving en de gemaakte afspraken is er wel een mogelijkheid om de beoordeling van de alarmcentrale-arts te controleren. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 14 maart 2024 contact gehad met de behandelend alarmcentrale-arts om op procesniveau de onderliggende repatriëringsaanvraag te beoordelen. Hierbij is ten eerste besproken dat de kwaliteit en organisatie van de zorg in Frankrijk minimaal van gelijkwaardig niveau is als in Nederland. In Frankrijk zijn kleine lokale ziekenhuizen beschikbaar voor de basiszorg. Deze ziekenhuizen hebben een achterwacht van een groter regionaal ziekenhuis voor complexe zorgvragen. De alarmcentrale-arts heeft gesteld dat een medische noodzaak om naar Nederland te worden vervoerd om een behandeling te ondergaan die niet in Frankrijk kan worden uitgevoerd uitzonderlijk is. De alarmcentrale-arts heeft voorts aangegeven dat ook wordt bekeken of de medische risico's die repatriëring met zich kan brengen opwegen tegen de medische noodzaak om iemand te repatriëren. Volgens de verzekeringsvoorwaarden wordt deze afweging gemaakt door de alarmcentrale-arts. Naast repatriëring bestaat de mogelijkheid van evacuatie. Bij evacuatie wordt de patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht waar een behandeling wel kan plaatsvinden. De kosten van evacuatie worden gedekt vanuit de Zvw.

Op 22 maart 2023 heeft verzoekster contact opgenomen met de alarmcentrale. Zij heeft verzocht erflaatster te repatriëren naar Nederland. Uit de melding blijkt ook dat erflaatster een reisverzekering had. Conform het convenant samenloop reis- en zorgverzekering neemt de alarmcentrale die als eerste wordt gebeld de zorg op zich, mits de reisverzekeraar is aangesloten bij het convenant. Naar aanleiding van de melding is een medisch rapport verstrekt aan de alarmcentrale-arts. Op dat moment was er sprake van een patiënt met ernstig onderliggend lijden en fors verhoogde ontstekingswaarden zonder duidelijke focus. Een repatriëring naar Nederland was toen niet medisch verantwoord volgens de alarmcentrale-arts. Ter plaatse was wel spoedeisende medische zorg nodig. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar volgt deze beoordeling.

- 5.6. Op 23 maart 2023 is erflaatster geëvacueerd naar een groter regionaal ziekenhuis in Chambéry. In dit ziekenhuis onderging zij een ingreep en kreeg zij antibiotica, waarna de situatie stabiliseerde. De reisverzekeraar heeft in een telefoongesprek met de alarmcentrale laten weten dat er volgens de reisverzekering geen dekking is, vanwege de voorzienbaarheid van de medische aandoening. Op 24 maart 2023 is er een overleg geweest binnen het medische team van de alarmcentrale over deze repatriëringsaanvraag. Naar aanleiding van dit overleg is op 24 maart 2023 contact opgenomen met de huisarts van erflaatster voor de medische voorgeschiedenis en is er contact geweest met de behandelend arts in het ziekenhuis in Chambéry. Er bestond geen aanleiding om te oordelen dat de behandeling van het acute medisch probleem niet in het ziekenhuis in Chambéry kon plaatsvinden. Aan erflaatster is gecommuniceerd dat er op dat moment geen medische noodzaak was voor repatriëring. Het vervoeren van erflaatster zou een onnodig groot risico betekenen.

Verzoekster geeft aan dat erflaatster volgens de behandelend arts vervoerbaar was. Op diezelfde dag heeft zij de alarmcentrale gebeld en in dit gesprek heeft verzoekster meegedeeld dat zij erflaatster op eigen gelegenheid naar Nederland had vervoerd. Het medisch team had, naar aanleiding van de opgedane informatie, weliswaar nog een aantal vragen voor de behandelend arts in Frankrijk, maar een verdere beoordeling van de repatriëring kon niet meer plaatsvinden, omdat erflaatster zich al in Nederland bevond. De ziektekostenverzekeraar heeft wel de telefoonnotities van de alarmcentrale gekregen. Hieruit blijkt dat geen beoordeling van de voorzienbaarheid heeft kunnen plaatsvinden, omdat erflaatster op eigen gelegenheid en verantwoordelijkheid naar Nederland is vervoerd. Indien volgens de alarmcentrale op basis van eigen onderzoek het vermoeden bestaat dat sprake kan zijn van voorzienbaarheid, wordt dit overlegd met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Dit overleg is in het onderhavige geval niet gevoerd waardoor de voorzienbaarheid niet is vastgesteld. Het beleid dat werd voorgesteld door de alarmcentrale was om de stabilisatie af te wachten en in de tussentijd meer medische informatie te verkrijgen. Erflaatster reageerde namelijk redelijk goed op de aangeboden interventies, behoudens wat betreft de geuite pijnklachten. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld de beoordeling van de alarmcentrale-arts op dit punt te kunnen volgen. De onderhavige beoordeling is gemaakt binnen een tijdsframe van drie dagen, waarbij een instabiele patiënt met onbekende infectie, die zelfs een sepsis ontwikkelde, niet medisch verantwoord kon worden gerepatriëerd. Na de stabilisatie was er geen medische noodzaak meer om erflaatster te repatriëren en bracht repatriëren onnodig risico's met zich. Ook is contact opgenomen met de huisarts van erflaatster en met de behandelend arts in Chambéry. Volgens de medisch adviseur zijn er procedureel geen fouten gemaakt.

## 6. Advies Zorginstituut

6.1. In het advies van 13 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*De vraag die in geschil beantwoord moet worden, is of de kosten van vervoer per ambulance vanuit Frankrijk naar een ziekenhuis in Nederland kunnen vallen onder artikel 2.13 Bzv.*

### Vervoer per ambulance

*Zoals ook in het juridisch kader is uiteengezet, is de aanspraak op ziekenvervoer per ambulance in artikel 2.13 Bzv opgenomen.*

*Ingevolge de Toelichting bij artikel 2.13 Bzv is in de formulering geen onderscheid gemaakt tussen vervoer per ambulance binnen Nederland en vervoer van en naar het buitenland.*

*Uit artikel 2.13 Bzv volgt dat vergoeding van ambulancevervoer van een ziekenhuis naar een ander ziekenhuis in principe niet onder de dekking valt indien de afstand tussen beide instellingen meer dan 200 kilometer bedraagt.*

*Alleen bij uitzondering, namelijk als de zorgverzekeraar toestemming geeft, kan er aanspraak zijn op vergoeding van de kosten voor ambulancevervoer over een afstand langer dan 200 kilometer.*

*Deze uitzonderingsbepaling geldt onder de Zvw ook in het geval dat een verzekerde die zich in het buitenland bevindt niet de benodigde medische behandeling aldaar kan verkrijgen, waardoor de noodzaak ontstaat om hem over te brengen naar een ander ziekenhuis waar die behandeling wél voorhanden is. Dit hoeft echter niet per se een ziekenhuis in Nederland te zijn: als in dichterbij gelegen plaatsen de benodigde behandeling wel (medisch verantwoord) gegeven kan worden, kan toestemming worden gegeven om de verzekerde naar een ziekenhuis aldaar over te brengen. Hoewel vaak de voorkeur zal bestaan voor overbrenging naar Nederland, is dit op zichzelf geen reden om de kosten hiervan ten laste van de basisverzekering te laten komen. Zolang de medische zorg ter plaatse of in een nabij gelegen plaats of land van voldoende kwaliteit is, bestaat er geen aanleiding voor het geven van toestemming als bedoeld in artikel 2.13, lid 2, Bzv. De ANWB alarmcentrale verzorgde in dit geval de medische assistentie in het buitenland namens verweerder. Ook de medische beoordeling en toestemming voor vervoer werd zodoende door de ANWB gedaan.*

*In de voorliggende stukken heeft verzoekster aangegeven dat de behandelend arts in Frankrijk wilde dat verzekerde naar Nederland gebracht zou worden. Het Zorginstituut merkt op dat verweerder terecht concludeert dat zorg in Frankrijk in principe van een vergelijkbaar niveau is als in Nederland en uit de voorliggende medische informatie blijkt niet dat de benodigde zorg en behandeling niet beschikbaar was. Er is geen medische informatie aanwezig van de behandelend artsen en van de alarmcentrale-arts waaruit duidelijk wordt dat de behandeling niet ter plaatse geleverd kon worden, en dat vervoer naar een plek waar deze zorg wel geleverd kon worden noodzakelijk en verantwoord was gezien de toestand van verzekerde. Medische informatie over de toestand van verzekerde ontbreekt in de onderliggende stukken, maar er is onvoldoende reden om aan te nemen dat dit tot een ander conclusie zou leiden.*

*Er kan geconcludeerd worden dat door het ontbreken van toestemming van verweerder er ingeval van [verzekerde] geen aanspraak bestaat op vergoeding van ambulancevervoer vanuit de basisverzekering.*

*De vraag of aanspraak bestaat op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering dan wel de reisverzekering valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.*

Het Zorginstituut heeft verder geen adviesbevoegdheid met betrekking tot de vraag of verzoekster recht heeft op inzage van het medisch dossier van verzekerde.

### Conclusie

Op basis van het voorliggende dossier kan niet geconcludeerd worden dat het vervoer per ambulance van Frankrijk naar Nederland medisch noodzakelijk was.

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer op grond van artikel 2.13 Bzv.

De vraag of verzoekster recht heeft op inzage van het medisch dossier van verzekerde valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van ambulancevervoer ten laste van de basisverzekering."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over ambulancevervoer alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 8.2. De kosten van de behandelingen die erflaatster in de beide ziekenhuizen in Frankrijk heeft ondergaan alsmede die van het ambulancevervoer van het eerste naar het tweede ziekenhuis, zijn - voor zover bekend - vergoed via het Franse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering, en hierover bestaat tussen partijen geen geschil. Vergoeding heeft in dat geval plaatsgevonden op basis van artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004, en deze bepaling heeft alleen betrekking op zorg tijdens het verblijf in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland en ziet niet op het vervoer vanuit de lidstaat van verblijf of Zwitserland naar huis. Daarom dient aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van repatriëring van erflaatster per ambulance vanuit Frankrijk naar Nederland.
- 8.3. De zorgverzekering biedt geen dekking voor (sociale) repatriëring. Zoals uit het advies van het Zorginstituut van 13 mei 2024 volgt, kan in sommige gevallen aanspraak bestaan op vergoeding van de kosten van ambulancevervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer als hiervoor toestemming wordt verleend door de zorgverzekeraar. Zolang de medische zorg ter plaatse of in een nabij gelegen plaats of land van voldoende kwaliteit is, bestaat geen aanleiding voor het geven van toestemming als bedoeld in artikel 2.13, tweede lid, Bzv. Het Zorginstituut merkt op dat op basis van het voorliggende dossier niet kan worden geconcludeerd dat het vervoer van erflaatster per ambulance van Frankrijk naar Nederland medisch noodzakelijk was, en adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen aanleiding



van dit advies af te wijken. Dit betekent dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de gemaakte vervoerskosten.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.4. De commissie overweegt dat op vergoeding van de kosten van repatriëring niet zonder meer aanspraak bestaat. Uit vornoemd artikel 17 volgt dat sprake moet zijn van medisch noodzakelijk vervoer, dit ter beoordeling van de arts van de alarmcentrale. Van medisch noodzakelijke repatriëring is sprake als de juiste medische behandeling ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel. Voorts is repatriëring medisch noodzakelijk als behandeling in het buitenland medisch onverantwoord is. In dit geval heeft verzoekster gesteld dat het vanwege inadequate zorg en voortdurende problemen met de heup van erflaatster, dat wil zeggen om medische redenen, noodzakelijk was dat zij naar Nederland werd vervoerd. De commissie geeft geen medisch oordeel over de in Frankrijk verleende zorg, maar een juridisch oordeel over de vraag of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft kunnen komen tot zijn beslissing vergoeding van de kosten van repatriëring van erflaatster van Frankrijk naar Nederland af te wijzen. In dat kader kan zij de ziektekostenverzekeraar volgen waar deze verwijst naar de alarmcentrale en diens stelling dat moet worden betwijfeld of de daar aanwezige medische informatie van invloed gaat zijn op de uitkomst van het vergoedingsvraagstuk. Bepalend voor dat laatste is immers niet het medisch handelen of nalaten door een individuele arts. Het gaat - in meer algemene zin - over het niveau van zorg in het land van verblijf en de feitelijke situatie waarin betrokkene verkeert, waaraan de noodzaak voor het vervoer moet worden afgemeten. Daartoe wordt als volgt overwogen.
- Hoewel de ziektekostenverzekeraar er niet in is geslaagd het medisch dossier van de alarmcentrale te verkrijgen, heeft hij wel de telefoonnotities overgelegd. Hierin is te lezen wat er met verzoekster is besproken. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar door zijn medisch adviseur contact laten opnemen met de alarmcentrale-arts die de repatriëring heeft beoordeeld. Hieruit is onder andere naar voren gekomen dat de zorg in Frankrijk gelijkwaardig is aan die in Nederland. Het enkele feit dat de zorg in Frankrijk wordt verleend vormt geen reden aan te nemen dat dit niet de juiste zorg zou zijn, aldus de medisch adviseur. Verder heeft de alarmcentrale-arts beoordeeld dat het voor erflaatster te risicovol zou zijn om te worden vervoerd én verbeterde haar situatie enigszins na het innemen van antibiotica. Dit laatste volgt overigens ook uit hetgeen verzoekster naar voren heeft gebracht. Zij heeft hierbij weliswaar de kanttekening geplaatst dat zij erg op de antibiotica heeft moeten aandringen, maar dit maakt nog niet dat behandeling van erflaatster in Frankrijk zonder meer medisch onverantwoord zou zijn. De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat geen sprake was van medisch noodzakelijk vervoer zodat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft kunnen besluiten de kosten van de repatriëring niet te vergoeden.

#### *Slotson*

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 juni 2024,

L. Ritzema

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

## BUITENLAND

### Artikel 15. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

#### Dit krijgt u vergoed

Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

Extra Zorg Instap	UMC Extra Zorg 1	UMC Extra Zorg 2	UMC Extra Zorg 3
geen vergoeding	geen vergoeding	volledig	volledig

#### Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

### Artikel 16. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

#### U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De UMC Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Extra Zorg Instap	UMC Extra Zorg 1	UMC Extra Zorg 2	UMC Extra Zorg 3
volledig	volledig	volledig	volledig

#### Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de UMC Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com).

### Artikel 17. Repatriëring

#### Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding

- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Extra Zorg Instap	UMC Extra Zorg 1	UMC Extra Zorg 2	UMC Extra Zorg 3
volledig	volledig	volledig	volledig

#### Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Hier kunt u terecht

Bij de UMC Alarmcentrale. Verzorgt de UMC Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

## PREVENTIE

### Artikel 18. Budget Preventie

U krijgt een budget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 18.1. t/m 18.5.

Extra Zorg Instap	UMC Extra Zorg 1	UMC Extra Zorg 2	UMC Extra Zorg 3
maximaal € 75 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar	maximaal € 300 per kalenderjaar	maximaal € 400 per kalenderjaar

#### 18.1. Cursussen

##### Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie.
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert.
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- cursus valpreventie "In Balans", "Vallen Verleden Tijd", "Zicht op Evenwicht" of "Otago". U kunt hiervoor terecht bij een zorgverlener met een certificaat voor het geven van één van deze valpreventiecursussen. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over dit certificaat.

Kijk voor de patiëntenverenigingen op [www.patiëntenfederatie.nl](http://www.patiëntenfederatie.nl)

##### Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
  - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
  - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
  - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
  - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
    - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
    - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
  - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

## Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
  - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
  - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
  - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
  - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

## Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

### 8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

### 8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

### 8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
- De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
- De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

### 8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

### 8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

## Artikel 9. Buitenland

### 9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.



### Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

### Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

## 9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

## 9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

# ZIEKENVERVOER

## Artikel 39. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
  - a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
  - b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
  - c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
  - d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
    - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
    - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
  - e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. 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 of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e. U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
  - a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
  - b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
  - c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
  - d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

### Wanneer komt u in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U heeft recht op ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 17.2;
- g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 12 onder punt 2a, 2b of 2c;
- h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

### Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

### Logeerkosten

Bent u tenminste drie achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 82 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 113 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
  - Bij een taxivervoerder
  - Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
  - Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,37 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (intensieve kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen) heeft u een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog generalist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

### Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt telefonisch toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

- Ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- Ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis bij intensieve kindzorg
- Vergoeding van logeerkosten.

Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

#### **Extra informatie**

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

## **ZORGBEMIDDELING**

### **Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling**

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### Artikel 458a

1. In afwijking van het bepaalde in artikel 457 lid 1 verstrekt de hulpverlener desgevraagd inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier van een overleden patiënt aan:
  - a. een persoon ten behoeve van wie de patiënt bij leven toestemming heeft gegeven indien die toestemming schriftelijk of elektronisch is vastgelegd;
  - b. een nabestaande als bedoeld in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, of een persoon als bedoeld in artikel 465 lid 3, indien die nabestaande of die persoon een mededeling over een incident op grond van artikel 10, derde lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg heeft gekregen;
  - c. een ieder die een zwaarwegend belang heeft en aannemelijk maakt dat dit belang mogelijk wordt geschaad en dat inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier noodzakelijk is voor de behartiging van dit belang.
2. In afwijking van het bepaalde in artikel 457 lid 1 verstrekt de hulpverlener aan degene of de instelling die het gezag uitoefende over een patiënt die op het moment van overlijden de leeftijd van zestien jaren nog niet had bereikt, desgevraagd inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier van deze patiënt, tenzij dit in strijd is met de zorg van een goed hulpverlener.
3. Op grond van dit artikel worden uitsluitend gegevens verstrekt voor zover deze betrekking hebben op de grond waarvoor inzage wordt verleend.
4. Op grond van dit artikel worden geen gegevens verstrekt voor zover schriftelijk of elektronisch is vastgelegd dat de overleden patiënt die de leeftijd van twaalf jaar had bereikt en tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat was, deze inzage niet wenst, of daarbij de persoonlijke levenssfeer van een ander wordt geschaad.

## **Artikel 19**

### Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.