

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Italië, repatriëring, ANWB-Alarmcentrale
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.13 en 2.14
Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20
Vo.nr. 883/2004, art. 6:248 BW
Zaaknummer : 202300541
Zittingsdatum : 27 september 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 26 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 juni 2023 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 18 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 juli 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023029522) aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in dit geschil. Een kopie hiervan is op 3 augustus 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 september 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 20 juni 2022 tijdens een vakantie op Sardinië, Italië, een fietsongeval gekregen. Hij is naar het ziekenhuis in Olbia gebracht. Familieleden van verzoeker hebben contact gezocht met de ANWB Alarmcentrale (hierna: de alarmcentrale), onder andere met de vraag hem te repatriëren. De alarmcentrale is hiertoe niet overgegaan, waarop verzoeker op 28 juni 2022 voor eigen rekening met een ambulancevlucht naar Nederland is gebracht. De kosten ten bedrage van € 34.600,- heeft hij nadien gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Via de 'Mijn Omgeving' op de website van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker vernomen dat vergoeding van de kosten is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in dit geschil. Het Zorginstituut heeft deze mededeling na

ontvangst van de aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen informatie bij brief van 9 oktober 2023 bevestigd.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van repatriëring ten bedrage van € 34.600,- alsnog aan hem te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 24 februari 2023 aangevoerd dat met name de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis waar hij werd opgenomen zeer slecht was. Hierdoor ging zijn toestand elke dag verder achteruit. Zijn naasten hebben intensief contact gehad met onder andere de alarmcentrale, en verzocht hem over te plaatsen. Dit kon naar Nederland zijn, maar ook naar een betere plek in de buurt. Aangezien hulp van de alarmcentrale uitbleef en de naasten van verzoeker zich ernstige zorgen om hem maakten, is de repatriëring op eigen initiatief in gang gezet. Op 28 juni 2022 is verzoeker met een ambulancevlucht overgebracht naar het UMCG in Groningen. De kosten hiervan heeft hij in eerste instantie gedeclareerd bij zijn reisverzekeraar, maar die verwees hem naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar wees vergoeding vervolgens zonder verdere toelichting af. Ook telefonische navraag bracht verzoeker geen duidelijkheid over de reden van afwijzing, waarop hij bij de ziektekostenverzekeraar een klacht heeft ingediend. Ook heeft hij het dossier van de alarmcentrale opgevraagd. De alarmcentrale heeft volgens verzoeker geen rekening gehouden met de omstandigheden waarin hij verkeerde. Ook bij de alarmcentrale heeft verzoeker een klacht ingediend. Men deelde hem mee dat de ondersteuning "beter had gekund", maar ook: *"Overigens willen we aangeven, dat het niet uitgesloten is dat vervoer naar Nederland in een later stadium (conform OMAR) op basis van de zorgverzekering had kunnen worden georganiseerd - afhankelijk van hoe uw toestand op dat moment geweest zou zijn - maar u had zeker niet naar het huisadres vervoerd kunnen worden en überhaupt niet als zittende passagier. Er was dus een gerede kans dat in een later stadium een repatriëring op grond van de zorgverzekering georganiseerd had kunnen worden"*. Verzoeker merkt op dat zijn repatriëring achteraf gezien een goede beslissing is geweest. Het is onzeker wat er was gebeurd als hij langer in het ziekenhuis in Olbia was gebleven. In het gunstigste geval was zijn genezing vertraagd. In dat geval had hij ook op enig moment moeten worden gerepatriëerd, omdat normaal reizen lange tijd niet mogelijk was. Aangezien de kosten hiervan hoe dan ook hadden moeten worden gemaakt, is het verwerpelijk dat de ziektekostenverzekeraar weigert deze te vergoeden.
- 4.3. Verzoeker en zijn echtgenote hebben in ongedateerde verklaringen uitgebreid toegelicht waarom zij van mening zijn dat verzoeker ter plaatse niet goed werd behandeld. Onder andere werd hij niet geholpen met eten en drinken waardoor hij te weinig binnenkreeg, kreeg hij een slecht passend korset aan waardoor hij veel pijn had, moest hij zichzelf wassen, bleven urinezakken dagenlang hangen en werd zijn bed niet verschoond. Zijn familieleden mochten, op een uitzondering na, niet bij hem in de buurt komen in verband met Corona besmettingsgevaar, zodat ook zij hem hiermee niet konden helpen. Na aankomst in het UMCG werd verzoeker direct uitgebreid behandeld, waarop zijn toestand al snel verbeterde.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker een pleitnota voorgedragen, waarin hij heeft benadrukt dat hij van mening is dat de alarmcentrale ernstig is tekortgeschoten en feitelijk nalatig is geweest in zowel de ondersteuning om voor hem goede verzorging te regelen als de communicatie over de aanpak richting de naasten van verzoeker. In eerste instantie werd te kennen gegeven dat verzoeker kon worden gerepatriëerd als er een 'fit to fly' verklaring zou zijn. Op verzoek van de alarmcentrale werd die verklaring afgegeven. Verzoeker verwijst naar deze - ter zitting overgelegde - verklaring. Vervolgens gold ineens een wachttijd van veertien dagen. Voor die wachttijd werd geen enkele onderbouwing gegeven. Toen zijn naasten vertelden dat de situatie per dag verslechterde en zij vreesden dat na de wachttijd van veertien dagen repatriëring wel eens te laat kon zijn, werd laconiek gereageerd met de mededeling dat het vervelend was om te horen, maar dat dit geen invloed had op het beleid en de besluitvorming in deze casus. Met de alarmcentrale is contact geweest om een eventuele overplaatsing naar een ander ziekenhuis mogelijk te maken. Tevens is

zonder merkbaar resultaat gesproken over de inzet van een tolk. Dit heeft echter allemaal niet mogen baten en de naasten van verzoeker maakten zich grote zorgen over zijn gezondheid en voelden zich in de steek gelaten. Zij hebben eerst contact gezocht met de ambulancedienst in Groningen om te vragen of een wachttijd van veertien dagen noodzakelijk was en, als repatriëring een optie was, hoe verzoeker dan het beste en zonder risico's voor verdere gezondheidsschade naar het ziekenhuis in Groningen kon worden vervoerd. De ambulancedienst heeft de naasten in contact gebracht met EMS en daar is dezelfde informatie opgevraagd als die waarover de alarmcentrale beschikte (althans kon beschikken). Op basis van die informatie heeft een hoogleraar op het gebied van traumatologie, tevens repatriëringsarts, de situatie van verzoeker beoordeeld. Zijn conclusie was dat, gelet op de situatie ter plaatse en rekening houdend met het letsel, transport onder geconditioneerde omstandigheden en met goede medische begeleiding verantwoord en zelfs noodzakelijk was.

Dit betekende dat verzoeker niet kon worden vervoerd met een lijnvliegtuig vanwege het risico van verdere hersenschade als gevolg van de optredende drukverschillen, maar dat het vervoer zou moeten geschieden met een lager vliegend ambulancevliegtuig (een zogenoemde 'sea level' vlucht), waarbij de druk goed onder controle wordt gehouden en begeleiding plaatsvindt door een medisch team. Dat kwam overeen met de inhoud van de *fit to fly*-verklaring van de behandelend arts in Olbia. Onder voormelde condities is verzoeker gerepatriëerd. In het UMCG in Groningen is hij direct onderzocht, werden zijn wonden behandeld, kreeg hij hulp bij het wassen, eten en drinken, en stonden er snel medisch specialisten en fysiotherapeuten klaar om hem te helpen. Zijn situatie verbeterde hierop met de dag. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat er geen "medische noodzaak voor repatriëring" was. Dit argument staat, aldus nog altijd verzoeker, haaks op de informatie die de alarmcentrale heeft gegeven en kan niet anders worden gezien dan als een gelegenheidsargument om de declaratie te kunnen afwijzen. De behandelend arts had al toestemming gegeven door afgifte van de *fit to fly*-verklaring, maar dit is volledig genegeerd door de alarmcentrale. In plaats daarvan werd (achteraf) verwezen naar een zogenoemd OMAR protocol. Het OMAR protocol is voor consumenten overigens een black box. Inhoudelijke informatie over het protocol wordt niet verstrekt en inlogverzoeken worden niet gehonoreerd. De alarmcentrale, en in het verlengde daarvan de ziektekostenverzekeraar, gebruiken dit protocol nu om in eerste instantie repatriëring te voorkomen en vervolgens vergoeding van de kosten hiervan af te wijzen. Ook gelet op de algemeen beschikbare informatie over het OMAR protocol had verzoeker gerepatriëerd moeten en kunnen worden.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de door hem gemaakte kosten van repatriëring. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 25 mei 2023 aangevoerd dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor repatriëring. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak onder bepaalde voorwaarden. De arts van de alarmcentrale bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is. Dit is het geval als de juiste medische behandeling ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel, of als behandeling in het buitenland medisch onverantwoord is. Als de alarmcentrale de repatriëring niet verzorgt, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan niet. Een en ander is geregeld in artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Uit de beschikbare informatie blijkt dat er in het geval van verzoeker, naar het oordeel van het medisch team van de alarmcentrale, geen medische indicatie was om vervoer naar Nederland te verzorgen. De reden hiervan is door de alarmcentrale uitgebreid gemotiveerd in het e-mailbericht van 17 februari 2023 van de klachtbehandelaar van de alarmcentrale aan verzoeker. De ziektekostenverzekeraar vertrouwt in dit verband op de expertise van de alarmcentrale. Onder andere is geoordeeld dat het risico van het vervoer van verzoeker naar Nederland niet opwoog tegen de ervaringen die hij had met de verzorging in het ziekenhuis. Daarom is besloten, en aan

de familieleden van verzoeker meegedeeld (op 25 en 26 juni 2022), dat verzoeker in ieder geval de eerste twee weken niet kon en zou worden gerepatriëerd. Omdat de behandelend arts niet verantwoordelijk is voor het vervoer, kan het zijn dat deze een andere mening heeft over het moment van repatriëren. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om, in afwijking van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, alsnog een vergoeding aan verzoeker te verlenen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn standpunt in het nader commentaar van 18 juli 2023 gehandhaafd.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat ten tijde van de aanvraag geen medische indicatie bestond voor repatriëring. Als wordt gekeken naar artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het aan de alarmcentrale om te beoordelen of hiervoor een medische noodzaak bestaat. In een convenant is geregeld in welke volgorde de kosten moeten worden vergoed indien sprake is van zowel een reisverzekering als een ziektekostenverzekering. De aanwezigheid van een medische noodzaak is een vereiste voor repatriëring vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De arts van de alarmcentrale heeft besloten dat geen sprake was van een medische indicatie. Vanwege de aandoening van verzoeker werd vervoer te risicovol geacht. Ook als de zorg in Nederland beter is geregeld of als ter zake een ander beleid wordt gevoerd, maakt dit nog niet dat sprake is van een medische noodzaak voor repatriëring. Zodra iemand de repatriëring zelf verzorgt, worden de kosten automatisch niet vergoed. Dit volgt ook uit genoemd artikel. In het door verzoeker overgelegde stuk wordt gesteld dat er een *fit to fly*-verklaring was van de behandelend arts. De beoordeling hiervan is volgens de verzekeringsvoorwaarden echter aan de arts van de alarmcentrale, die zich in dat kader houdt aan het OMAR protocol. Conform dit protocol is door de arts van de alarmcentrale besloten dat er geen *fit to fly*-verklaring kon worden afgegeven. Het werd medisch onverantwoord gevonden verzoeker te vervoeren. Verder heeft verzoeker verklaard dat repatriëring uiteindelijk toch nodig zou zijn geweest. Dit argument wordt niet meegenomen omdat de ziektekostenverzekeraar, als het zou worden gehonoreerd, geen enkele invloed meer heeft op de kosten. Daarom vergoedt de ziektekostenverzekeraar deze ook niet gedeeltelijk. In de contacten met de alarmcentrale hebben sommige dingen te wensen over gelaten. Maar medisch-inhoudelijk acht de ziektekostenverzekeraar zich ook dan nog gebonden aan de verklaring van de alarmcentrale. De medisch adviseur is weliswaar gevraagd hiernaar te kijken, maar deze heeft verklaard zich niet te bemoeien met de beoordeling door de alarmcentrale. Het handelen van de alarmcentrale wordt slechts steekproefsgewijs getoetst.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In zijn brief van 2 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:
- "Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Het geschil gaat over een vergoeding van de kosten van repatriëring. Dit betreft de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op een vergoeding op basis van de aanvullende verzekering. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit."*

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 artikel 20 van Vo. 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.

8.2. Niet in geschil is dat de kosten van de behandeling die verzoeker in Italië heeft ondergaan, zijn vergoed via het Italiaanse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft hiervoor zijn European Health Insurance Card (EHIC) getoond. Het onderhavige geschil betreft uitsluitend de kosten van repatriëring. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 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 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.

8.3. De zorgverzekering biedt geen dekking voor repatriëring, zoals wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 2 augustus 2023. Artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat hiervoor vanuit deze verzekering wel dekking bestaat. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, is het noodzakelijk dat de alarmcentrale de repatriëring verzorgt. Als dit niet het geval is, bepaalt het artikel dat de kosten niet worden vergoed. Vast staat dat de naasten van verzoeker de ambulancevlucht naar Nederland zelf hebben geregeld, en dat dit niet via de alarmcentrale is verlopen.

8.4. De commissie overweegt dat op vergoeding van de kosten van repatriëring niet zonder meer aanspraak bestaat. Uit artikel 17 van de voorwaarden volgt dat sprake moet zijn van medisch noodzakelijk vervoer, zulks 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 verzoeker gesteld dat het vanwege de slechte verpleegkundige zorg en zijn verslechterende gezondheidssituatie, derhalve om medische redenen, noodzakelijk was dat hij naar Nederland werd vervoerd. Voorts heeft hij aangevoerd dat de kosten, zij het op een later tijdstip, waarschijnlijk toch zouden zijn gemaakt zodat het niet redelijk is vergoeding hiervan te weigeren.

8.5. Uit het dossier van de alarmcentrale blijkt dat er veelvuldig contact is geweest met de familie van verzoeker, met de aanvragend arts en met de behandelend arts. Ook heeft de alarmcentrale het medisch rapport opgevraagd. Op basis daarvan is de arts van de alarmcentrale tot de conclusie gekomen dat de risico's van de slechte verpleegkundige zorg ter plaatse niet opwogen tegen het medische risico van vervoer van verzoeker naar Nederland. Ook vervoer naar een ander ziekenhuis in de buurt was geen optie, omdat de verwachting was dat daar een vergelijkbaar niveau van zorg aanwezig was. De alarmcentrale heeft hierop meegedeeld dat repatriëring niet eerder dan na veertien dagen mogelijk zou zijn, gelet op de gezondheidssituatie van verzoeker. In het e-mailbericht van 17 februari 2023 aan verzoeker heeft de klachtbehandelaar van de alarmcentrale nader toegelicht en gemotiveerd dat deze beoordeling op basis van de gezondheidssituatie van verzoeker en conform het zogenoemde OMAR protocol is gedaan. Dit protocol is in samenwerking met luchtvaartmaatschappijen opgesteld en daarin wordt per diagnose beschreven op welk moment iemand na een operatie, ingreep of met een bepaald ziektebeeld 'fit to fly' kan worden verklaard. Hierbij is door de alarmcentrale toegelicht dat de mening van een behandelend arts anders kan zijn, omdat die niet de verantwoordelijkheid heeft voor het vervoer van zijn patiënt.

- 8.6. Verzoeker heeft verwezen naar een schriftelijke verklaring van de behandelend arts dat hij *'fit to fly'* was en voorts naar een verklaring van de door hem gekozen vervoerder dat hij met een lager vliegend ambulancevliegtuig en onder medische begeleiding mocht worden vervoerd, hetgeen ook is gebeurd. Ook is door hem aangevoerd dat pas in de brief van 17 februari 2023 werd verwezen naar het OMAR protocol en dat dit protocol niet openbaar is, zodat voor hem niet is na te gaan waaraan de alarmcentrale heeft getoetst.
- 8.7. De commissie overweegt dat uitgangspunt is dat de arts van de alarmcentrale een afweging maakt ten aanzien van de medische noodzaak van repatriëring. In dit geval heeft verzoeker de uitkomst van de gemaakte afweging gemotiveerd betwist, onder meer door, ook met beeldmateriaal, te verwijzen naar de benarde omstandigheden rondom zijn verpleging in het ziekenhuis onderscheidenlijk de hiervoor onder 8.6 genoemde verklaringen. Voorts stelt de commissie vast dat de alarmcentrale eerst geruime tijd na de beslissing eind juni 2022, namelijk pas in de brief van 17 februari 2023, zijn beslissing gemotiveerd heeft weergegeven, met verwijzing naar het OMAR protocol. Voor verzoeker was niet kenbaar dat dit protocol wordt gehanteerd, de ziektekostenverzekeraar heeft niet ontkend dat het stuk niet openbaar is, terwijl het bovendien ook niet via de website van OMAR is te raadplegen. Voor verzoeker was daarom eind juni 2022 niet inzichtelijk waarom de door de alarmcentrale aan hem gevraagde, en door hem hierop aangeleverde *'fit to fly'*-verklaring, werd gepasseerd en de alarmcentrale besliste dat verzoeker niet kon worden vervoerd en nog veertien dagen zou moeten wachten. Zoals ook door de alarmcentrale is erkend, zijn bepaalde zaken rondom de communicatie niet goed gelopen. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts verklaard dat de beoordeling door de (arts van de) alarmcentrale slechts steekproefsgewijs wordt getoetst en dat in dit geval in het kader van de herbeoordeling geen medisch inhoudelijke beoordeling is uitgevoerd, terwijl dat volgens de commissie in dit specifieke geval wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen. Naar het oordeel van de commissie leidt, gelet op de hiervoor genoemde omstandigheden, het door de ziektekostenverzekeraar vasthouden aan de formele eis dat het vervoer moet worden verzorgd door de alarmcentrale tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van repatriëring aan verzoeker te vergoeden, waarbij de omstandigheid dat verzoeker met een lager vliegend ambulancevliegtuig moest worden vervoerd een gevolg was van het ongeval dat verzoeker is overkomen en verzoeker, naar de commissie begrijpt, op die wijze *'fit to fly'* was. Dat de gemaakte kosten hoger zijn dan deze zouden zijn geweest als de alarmcentrale de repatriëring had geregeld, ligt in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar, en dit gegeven kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar tevens gehouden het door verzoeker in het kader van deze procedure betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- (i) de kosten van repatriëring aan verzoeker te vergoeden, en
 - (ii) het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

Zeist, 31 oktober 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

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.

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
geen vergoeding	volledig	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 VGZ 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.

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
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 VGZ 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.

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.

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
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 VGZ Alarmcentrale. Verzorgt de VGZ 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.

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
maximaal € 75 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar	maximaal € 400 per kalenderjaar	maximaal € 500 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" en "Zicht op Evenwicht" door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over een certificaat valpreventie.

Kijk voor de patiëntenverenigingen op 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 2.14

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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 76,50 per nacht.