

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202600081

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 14 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 24 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij e-mailberichten van 2 en 20 april 2026 heeft verzoekster een nadere reactie en aanvullende informatie gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Bewuzt Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Bewuzt Fysio Goed en Bewuzt Tandongevallen (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft op 1 december 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een “HNP (hernia) operatie”, uit te voeren bij de Procelsio Clinic in Essen, Duitsland. Van 3 december 2025 tot en met 8 december 2025 is verzoekster opgenomen geweest in de kliniek. Op 4 december 2025 heeft zij daar een Transforaminale Lumbale Interbody Fusie (hierna: TLIF) op niveau L4-L5 links ondergaan. De kosten van deze ingreep bedragen € 18.500,-.
- 2.3. Bij brief van 5 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 18 december 2025 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bij haar in Essen, Duitsland, uitgevoerde TLIF op niveau L4-L5 links, ten bedrage van € 18.500,-, volledig dient te vergoeden;
 - (ii) indien geen volledige vergoeding mogelijk is, hij ter zake een gedeeltelijke vergoeding moet verlenen op basis van het Nederlandse marktconforme tarief;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar het klachtgeld van € 37,- moet vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in het verzoek om heroverweging van 18 december 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, deels herhaald in haar bericht aan de commissie van 14 januari 2026, toegelicht dat de TLIF medisch noodzakelijk was vanwege ernstige en aanhoudende rug- en zenuwklachten. Zij beschikte over een geldige verwijzing voor de ingreep. In Nederland zag zij zich geconfronteerd met lange wachttijden, waarbij de toepasselijke Treeknorm werd overschreden. In Duitsland is zij behandeld door een medisch specialist met aantoonbare expertise op dit gebied. Verzoekster verklaart dat zij te goeder trouw heeft gehandeld. Haar gezondheid stond onder druk, en haar handelen was enkel gericht op het verkrijgen van tijdige en passende zorg. De TLIF voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en behoort daarmee tot de verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. De operatie is ook doelmatig. De klachten waren langdurig en progressief. Daarom was verder uitstel niet medisch verantwoord. Voor het doorlopen van een langdurig zorgbemiddelingstraject bestond geen gelegenheid. Verzoekster stelt, onder verwijzing naar Richtlijn 2011/24/EU (de ‘Patiëntenrichtlijn’) dat de kosten van de ingreep voor vergoeding in aanmerking komen, in ieder geval tot het Nederlandse marktconforme tarief. Dit volgt bovendien uit de verzekeringsvoorwaarden. Dat zij de beschikking diende te hebben over een ‘gerichte’ verwijzing, volgt volgens verzoekster niet uit de wet- en regelgeving. Ten aanzien van het toestemmingsvereiste geldt dat uit de polisvoorwaarden blijkt dat deze niet nodig is als de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Dit was bij verzoekster aan de orde. Door de zorg niet inhoudelijk te beoordelen, is de besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig geweest. Volgens verzoekster is het toestemmingsvereiste een administratieve voorwaarde, geen inhoudelijke uitsluitingsgrond, en mag het ontbreken van toestemming niet ertoe leiden dat vergoeding volledig wordt onthouden als sprake is van noodzakelijke zorg, die is verzekerd onder het basispakket, en waarvoor een verwijzing is afgegeven, zoals ook blijkt uit de jurisprudentie en bindende adviezen van de commissie. Voorts is het weigeren van vergoeding onder de gegeven omstandigheden in strijd met de redelijkheid en billijkheid, waarbij zij verwijst naar artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek, en met het doel en de strekking van de Zorgverzekeringswet.
- 3.3. Tijdens het intakegesprek op 16 januari 2026 met een medewerker van de commissie heeft verzoekster verklaard dat zij tweemaal in het Spine Center is geweest. Vervolgens werd zij doorverwezen naar de Pijnpoli. Daar kon zij pas eind november 2025 voor een intake terecht. Dit zou betekenen dat zij 13 weken moest wachten na verwijzing door de huisarts. De toepasselijke Treeknorm is 7 weken. Pogingen van haar echtgenoot om een en ander te versnellen hadden geen resultaat. In vervolg op het intakegesprek heeft verzoekster op 20 januari 2026 verklaard dat de arts van het Spine Center haar vertelde dat zij waarschijnlijk toch moest worden geopereerd. Verzoekster heeft zich in verband hiermee gewend tot verschillende instellingen, te weten het AMC, het ziekenhuis in

Sittard, het ziekenhuis in Tilburg, Acibadem, het ziekenhuis in Leuven, dat in Genk, en in Köln. Men kon of wilde haar in deze instellingen niet eerder opereren.

Met betrekking tot het toestemmingsvereiste voert verzoekster aan dat haar echtgenoot heeft geprobeerd een machtiging aan te vragen, maar dat hij hierbij gebruik heeft gemaakt van het verkeerde formulier. Dit is digitaal gegaan, zodat verzoekster hiervan geen stukken heeft.

- 3.4. Verzoekster heeft in haar brief van 2 april 2026 toegelicht dat uit het operatieverslag en de overige medische stukken blijkt dat sprake was van ernstige, progressieve neurologische uitval, krachtsverlies en ontwrichtende pijnklachten, waarbij conservatieve behandeling geen effect meer had. De behandelend neurochirurg kwalificeert de ingreep als *zwingend nodig* vanwege het reële risico op blijvende neurologische schade. Uit de medische beoordeling volgt dan ook onomstotelijk dat verdere vertraging van de behandeling medisch niet verantwoord werd geacht. Dit aspect is in de eerdere besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar niet medisch beoordeeld, terwijl juist deze beoordeling relevant is voor de vraag of een beroep kan worden gedaan op uitzonderingen binnen de polisvoorwaarden. Verzoekster heeft zich ingespannen om tijdige zorg te verkrijgen, maar die was niet beschikbaar. Verzoekster merkt op dat zij inderdaad niet beschikte over een voorafgaande verwijzing. De kernvraag is volgens haar of het doel van het verwijzingsvereiste, te weten waarborging van medische indicatiestelling, materieel is vervuld. In dat licht tekent zij aan dat zij al binnen een medisch specialistisch traject was geïndiceerd voor dezelfde wervelkolomproblematiek en dat de overstap naar Duitsland uitsluitend werd ingegeven door medische urgentie en wachttijdenproblematiek. De administratieve tekortkoming betreft dus niet de medische indicatie zelf, maar uitsluitend de formele vastlegging daarvan. Deze omstandigheid zou niet mogen leiden tot een volledige weigering van vergoeding. Evenmin is voldaan aan het vereiste dat voorafgaande toestemming is verkregen, maar de korte termijn tot de operatie, in combinatie met de medische urgentie van een operatieve ingreep, maakte het in de praktijk onmogelijk om op een besluit te wachten zonder verdere gezondheidsschade te riskeren. In deze omstandigheden is volledige weigering van vergoeding disproportioneel, temeer nu de zorg materieel tot het basispakket behoort. Ten slotte sluit het Europese kader voor grensoverschrijdende zorg vergoeding niet uit op louter formele eisen, als materieel sprake is van verzekerde zorg en tijdige zorg in het eigen land niet beschikbaar is. In dat licht ligt tenminste vergoeding tot het Nederlandse marktconforme tarief in de rede.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij niet met de ziektekostenverzekeraar erover verschilt dat zij niet beschikte over een verwijzing. Voorafgaand aan de ingreep is geprobeerd in contact te komen met de ziektekostenverzekeraar, maar dit leverde niets concreets op. Alle ziekenhuizen en klinieken die door de ziektekostenverzekeraar waren doorgegeven kaptten namelijk met een aanzienlijke wachttijd. Gelet op de medische situatie waarin verzoekster verkeerde, kon niet van haar worden verwacht dat zij nog langer moest wachten. Dat de ingreep niet verder kon worden uitgesteld blijkt ook uit het feit dat verzoekster thans nog bezig is met revalideren. Het stoort haar dat de ziektekostenverzekeraar, onder de gegeven omstandigheden, helemaal geen vergoeding verleent.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. In zijn beslissing van 5 december 2025 en de heroverweging van 2 januari 2026, en herhaald in de brief aan de commissie van 24 februari 2026, heeft de ziektekostenverzekeraar onder aanhaling van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering gesteld dat voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschrift of voorafgaande toestemming nodig is. Dit is niet het geval indien het acute zorg betreft, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Uit artikel 16 blijkt dat voor medisch specialistische zorg een verwijzing vereist is. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

Daarnaast is in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat in geval van zorg in het buitenland die gepaard gaat met een opname van één of meerdere nachten in een ziekenhuis of instelling de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is. Dit blijkt dan uit de betreffende zorgartikelen (11 tot en met 39).

Voorafgaande toestemming is niet vereist in spoedeisende situaties, waarbij de opname in het buitenland onverwacht plaatsvindt en behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in het woonland. In dat geval moet de verzekerde (laten) bellen met de alarmcentrale. Op grond van artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorgbemiddeling. Hiertoe kan een beroep worden gedaan op de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Als geen oplossing kan worden gevonden of als de zorg niet tijdig kan worden geleverd, kan de ziektekostenverzekeraar schriftelijk toestemming geven voor zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Vergoeding vindt in dat geval plaats tot maximaal het Wmg-tarief of – bij ontbreken daarvan – tot maximaal het notabedrag.

- 4.2. De operatie van verzoekster betreft planbare zorg, zodat een voorafgaande, gerichte verwijzing nodig is. In het geval van verzoekster werd door de ziektekostenverzekeraar op 1 december 2025 een aanvraag ontvangen voor een operatie in de Procelsio Clinic. Hierbij was een verwijzing van de huisarts van 27 november 2025 gevoegd, waarin de huisarts vermeldt dat verzoekster bij een arts in Duitsland is terecht gekomen en daar over een week kan worden geopereerd. Verder zat bij de aanvraag een verslag van de arts van de kliniek en een kostenraming van 25 november 2025. Uit de twee laatste stukken blijkt dat verzoekster reeds vóór de verwijzing op consult is geweest en toen al voornemens was zich daar te laten opereren. Uit punt 21 van het document ‘Verwijsafspraken medisch-specialistische zorg’ volgt dat de huisarts geen verwijzing mag afgeven wanneer de eerste afspraak al heeft plaatsgevonden. Dit is verzoekster bij brief van 5 december 2025 door de ziektekostenverzekeraar ook meegedeeld. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de eis van een voorafgaande verwijzing geen formaliteit is, en dat dit wordt bevestigd in diverse bindende adviezen van de commissie.

De door verzoekster overgelegde verwijzing van 27 augustus 2024 is geen geldige, gerichte verwijzing, omdat de huisarts haar hierin verwijst naar het Spine Center van het Maastricht UMC. Daar is zij ook behandeld, waarmee een zorgtraject is aangevangen. Deze verwijzing betreft dus geen verwijzing naar de medisch specialist van Procelsio Clinic of voor de daar uitgevoerde operatie. De ziektekostenverzekeraar haalt in dit verband een beslissing van de commissie in een eerder geschil aan (Bindend advies GcZ, 23 april 2025, SKGZ202401104).

Ook is niet voldaan aan het toestemmingsvereiste van artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanvraag werd door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 1 december 2025. Voor de beoordeling wordt uitgegaan van een termijn van 10 dagen, zo blijkt uit de website van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster werd al op 4 december 2025 geopereerd, zonder dat hiervoor toestemming was verleend.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat geen aanspraak bestaat op vergoeding, gelet op het ontbreken van een (voorafgaande) geldige verwijzing en bij ontbreken van zijn voorafgaande toestemming.

- 4.3. Verzoekster heeft in haar verzoek om heroverweging aangevoerd dat zij te goeder trouw heeft gehandeld. De ziektekostenverzekeraar constateert dat zij op 1 december 2025 om afgifte van een machtiging heeft verzocht. Hieruit blijkt dat verzoekster bekend was met het toestemmingsvereiste. Het was haar keuze de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet af te wachten. Zoals opgemerkt is daarnaast niet voldaan aan het wettelijk vereiste van een voorafgaande, gerichte verwijzing.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat verzoekster heeft verklaard voor een second opinion naar de arts in Duitsland te zijn gegaan. In dat verband moet volgens het Zorginstituut (‘Second opinion in de Zorgverzekeringswet’) aan 3 cumulatieve eisen zijn voldaan. Hiervan is in de situatie van verzoekster geen sprake. Zo had zij geen verwijzing voor een second opinion, is zij in de kliniek

direct geopereerd, en is zij met de bevindingen van de tweede arts niet teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar.

- 4.5. Ten aanzien van de mogelijkheid van zorgbemiddeling als bedoeld in artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat verzoekster geen contact met hem heeft gezocht. Daardoor kon niet worden vastgesteld dat de Treeknormen inderdaad werden overschreden. Ook kon niet worden nagegaan of een passende oplossing kon worden gerealiseerd.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoekster weliswaar voorafgaand aan de ingreep bij hem een aanvraag had ingediend, maar dat zij de beslissing hierop niet heeft afgewacht. Het is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat de operatieve ingreep dermate medisch noodzakelijk was dat zijn antwoord niet kon worden afgewacht. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare gegevens blijkt dat de aanvraag pas op 1 december 2025 is ingediend, terwijl er al in november contact is geweest met Procelsio Clinic. Dit betekent dat als de situatie van verzoekster dermate ernstig was dat er op korte termijn moest worden geopereerd, de aanvraag daartoe ook al op dat moment had kunnen worden gedaan. De stelling van verzoekster dat zij te maken had met wachttijden, maakt niet dat het vereiste van voorafgaande toestemming moet worden gepasseerd. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat er in Nederland een tijdig en passend alternatief beschikbaar was. Het is niet gebleken dat verzoekster of haar echtgenoot, in de periode kort voor de ingreep, contact heeft opgenomen met de afdeling Zorgadvies & Bemiddeling. Daardoor is de ziektekostenverzekeraar de kans ontnomen om verzoekster te bemiddelen naar zorg en te bewerkstelligen dat zij op korte termijn in Nederland kon worden geopereerd. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat er alleen op 10 september 2025 – dus ver voordat de ingreep plaatsvond – via de chat contact is geweest. Tijdens dit gesprek is alleen gevraagd naar de vergoeding van de kosten van een eventuele ingreep in Duitsland.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, de eis van een voorafgaande verwijzing en het toestemmingsvereiste, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar om voorafgaande toestemming gevraagd, maar het antwoord hierop niet afgewacht en de behandeling al drie dagen later ondergaan. Aldus is de ziektekostenverzekeraar geen redelijke mogelijkheid geboden de aanvraag inhoudelijk te beoordelen. Een dergelijk geval staat gelijk aan de situatie waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening in dat geval buiten toepassing blijft. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere

omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat haar pijnklachten op enig moment toenamen en er in Nederland aanzienlijke wachttijden bestonden voor een operatieve ingreep. Uiteindelijk is zij in Essen terechtgekomen en de behandelend chirurg aldaar vertelde haar dat zij snel moest worden geopereerd om verdere gezondheidsschade te voorkomen.

De commissie is van oordeel dat de door verzoekster geschetste omstandigheden niet kunnen worden aangemerkt als bijzondere omstandigheden als bedoeld in voornoemd arrest. Dit omdat uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoekster al in november 2025 bij de behandelend chirurg in Essen is geweest. Het is de commissie niet duidelijk waarom toen niet direct een aanvraag werd ingediend. Daarnaast geldt dat door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep geen contact heeft gezocht met de afdeling Zorgadvies & Bemiddeling teneinde haar te bemiddelen naar zorg. De stelling van verzoekster in dit verband dat er maar moeilijk in contact kan worden gekomen met de ziektekostenverzekeraar overtuigt niet. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat bij haar een situatie aan de orde was die maakte dat zij de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de op 1 december 2025 ingediende aanvraag niet kon afwachten. Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft. Overigens is bij de aanvraag vermeld dat de kliniek het S2-formulier niet accepteert, zodat – als die mededeling althans juist is – van de weg van de verordening in dit geval sowieso geen gebruik had kunnen worden gemaakt.

De commissie merkt op dat verzoekster nog heeft verwezen naar het vrije verkeer op basis van het VWEU en de uitwerking hiervan in de zogenoemde Patiëntenrichtlijn. Deze richtlijn heeft tot doel de harmonisatie van de nationale wetgeving van de lidstaten. Anders dan de verordening, die coördinatie daarvan tot doel heeft, heeft de richtlijn geen directe werking, maar moet het hierin bepaalde worden geïmplementeerd in de nationale wetgeving wil een verzekerde hier met succes een beroep op kunnen doen. Noch het VWEU noch de Patiëntenrichtlijn geeft overigens onvoorwaardelijk aanspraak op vergoeding van kosten van zorg, genoten in een andere lidstaat. Dit is alleen aan de orde als dit uit de verordening of de nationale wetgeving van de bevoegde lidstaat voortvloeit. Hiervoor is geconcludeerd dat de verordening in dit geval buiten toepassing blijft. Ten aanzien van de vergoeding op grond van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving geldt het volgende.

Zorgverzekering

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inhoudelijke beoordeling uitgevoerd, zodat de commissie voor het vervolg als vaststaand aanneemt dat de bij verzoekster uitgevoerde TLIF een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, dat verzoekster hierop redelijkerwijs is aangewezen, en dat de genoten zorg doelmatig is. Wat partijen verdeeld houdt, is de afwijzing vanwege het ontbreken van (i) een voorafgaande, gerichte verwijzing en (ii) de toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Dit laatste, in de voorwaarden van de zorgverzekering overeengekomen toestemmingsvereiste, is niet identiek aan dat van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, dat hiervoor is behandeld.
- 6.4. Uit artikel 9 ('Buitenland') onder het kopje 'Toestemming en/of verwijzing' (9.3) in samenhang met artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat om voor vergoeding van medisch specialistische zorg in aanmerking te komen de verzekerde een verwijsbrief nodig heeft van een huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistent (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent. Een verwijzing is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Niet gebleken is dat die situatie hier aan de orde is. Verzoekster verbleef immers niet in Duitsland, maar zij ging daar naartoe om er zorg af te nemen.

- 6.5. Verzoekster heeft twee verwijzingen van de huisarts, de eerste gedateerd 29 augustus 2025, en de tweede gedateerd 27 november 2025, overgelegd. De eerste verwijzing was specifiek naar het Spine Center van het Maastricht UMC. Daar is verzoekster ook behandeld, zodat die verwijzing niet – ook – kan worden geacht betrekking te hebben op de Procelsio Clinic.

De tweede verwijzing dateert, als gezegd, van 27 november 2025. Hierin staat dat verzoekster bij een arts in Duitsland is terecht gekomen en daar de volgende week geopereerd kan worden. Daarnaast heeft de behandelend medisch specialist in de Procelsio Clinic op 25 november 2025 een verklaring ten behoeve van de huisarts opgesteld. Hieruit blijkt dat de arts verzoekster heeft gezien en dat een voorlopige indicatie voor een “dreidimensionalen Rekonstruktion in TLIF-techniek L4/L5” is bepaald en dat de definitieve indicatiestelling volgt na lichamelijk onderzoek. Van dezelfde datum dateert een ‘Kostenvoranschlag’, waarin wordt gesteld: *“Bei Ihnen habe ich festgestellt, das sein stationärer, operativer Eingriff in der LWS notwendig ist....”* en dat, na schriftelijke opdracht van verzoekster, de vordering wordt overgedragen aan Privatescan B.V.. Zoals de commissie in een eerdere zaak heeft overwogen (vergelijk onder andere GcZ 18 augustus 2021, 202100703) is de voorwaarde van een voorafgaande - gerichte - verwijzing niet slechts een formaliteit, waaraan achteraf kan worden voldaan. Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Uit de stukken blijkt dat in het geval van verzoekster een consult en de indicatiestelling voor de TLIF hebben plaatsgevonden vóór de verwijzing door de huisarts van 27 november 2025. Dit is niet in overeenstemming met het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden en vormt grond vergoeding te weigeren.

- 6.6. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd kan niet leiden tot een andere conclusie. Het feit dat de klachten langdurig waren en progressief, maakt niet dat de eis van een voorafgaande, gerichte verwijzing niet van toepassing is. Dit geldt ook voor het door verzoekster aangevoerde ten aanzien van de wachttijden en de Treeknormen. Zij heeft weliswaar gesteld dat op korte termijn toch een operatie had moeten plaatsvinden, maar uit de stukken blijkt hiervan niet zonder meer. Zo wordt door de behandelend medisch specialist in Nederland op 23 oktober 2025 verklaard:

“Evaluatie & plan

- Uitleg *betreffende bevindingen, pijnklachten van linkerbeen staan op de voorgrond.*
- *Advies voor interventionele behandeling via pijngeneeskunde, patiënt akkoord: Hoge lijdensdruk.*
- *Indien onvoldoende resultaat dan ter overweging operatieve ingreep (...)*”

De commissie maakt hieruit op dat althans op 23 oktober 2025 nog geen sprake was van een operatie-indicatie, zodat op dat moment een wachttijd daarvoor of overschrijding van de Treeknorm niet aan de orde was.

Om diezelfde reden valt niet in te zien waarom verzoekster geen gebruik kon maken van zorgbemiddeling, in eerste instantie voor pijngeneeskunde, aangezien toen nog geen operatie-indicatie was gesteld. Dat verzoekster zelf navraag heeft gedaan bij een aantal instellingen – naar de commissie haar stelling begrijpt voor een operatie, terwijl daarvoor door de behandelend medisch specialist in Nederland nog geen indicatie was gesteld - maakt dit alles niet anders.

Redelijkheid en billijkheid

- 6.7. Verzoekster heeft verwezen naar artikel 6:248 BW. In het tweede lid van deze bepaling is opgenomen dat een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing is voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

De commissie oordeelt dat dit laatste ten aanzien van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen eis van een verwijzing niet het geval is. De eis vloeit, zoals hiervoor is toegelicht, voort

uit artikel 14, tweede lid, Zvw. Afwijking van een uit een wettelijke bepaling voortvloeiende voorwaarde is niet snel aan de orde, zoals ook blijkt uit het zogenoemde Bosentan-arrest van de Hoge Raad. Ook in dit geval is voor een afwijking van de eis van een verwijzing geen grond. Daarbij neemt de commissie het volgende in aanmerking.

Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al binnen een medisch specialistisch traject was geïndiceerd voor dezelfde wervelkolomproblematiek en dat de overstap naar Duitsland uitsluitend werd ingegeven door medische urgentie en wachttijdenproblematiek. De administratieve tekortkoming zou dus niet de medische indicatie zelf betreffen, maar uitsluitende de formele vastlegging daarvan.

De commissie kan dit niet volgen. Zoals hiervoor is weergegeven was zij door de huisarts specifiek naar het Spine Centre verwezen en daar in eerste instantie geïndiceerd voor interventionele behandeling via pijngeneeskunde. Dat zij zelf behandeling wenste door de arts in Duitsland, resulterend in een operatie-indicatie, maakt niet dat de voorwaarde van een voorafgaande gerichte verwijzing haar niet kan worden tegengeworpen. Dat het vanwege medische urgentie praktisch gezien niet mogelijk was een voorafgaande verwijzing te verkrijgen ziet de commissie niet in.

- 6.8. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding van kosten heeft geweigerd, omdat de noodzakelijke verwijzing ontbreekt. De kwestie van de ontbrekende toestemming behoeft daarom geen verdere bespreking.

Het voorgaande betekent dat het eerste onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen. Ook op een gedeeltelijke vergoeding bestaat geen aanspraak. Dit geldt evenzeer waar het de mogelijkheid van een gedeeltelijke vergoeding op grond van een second opinion betreft. Voor een second opinion is namelijk eveneens een verwijzing vereist, en deze ontbreekt. Daarbij is door de ziektekostenverzekeraar terecht erop gewezen dat geen sprake is van een second opinion nu verzoekster direct is geopereerd door de tweede arts en zij met de bevindingen van deze arts (dus) niet eerst is teruggegaan naar de oorspronkelijke behandelaar. Hieruit volgt dat ook het tweede onderdeel van het verzoek wordt afgewezen. Onder deze omstandigheden bestaat geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde klachtgeld aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juni 2026,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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. Berekening verplicht eigen risico.](#)

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. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) 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. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) 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 39) 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 uitgevoerd door de ANWB. Het telefoonnummer vindt u in de [VGZbewuzt app](#), op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter in Nederland.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 261 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 152 = € 304 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 21,50 = € 43 per dag Totaal: € 304 - € 43 = € 261 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 261 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 549,41 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,40 per uur.
Medische noodzaak	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 januari 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvoelstoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 juli 2025 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel [21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie](#).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben op Interdisciplinaire MSR-behandeling als bij u sprake is van:

- Problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen veroorzaakt door een aandoening in het bewegingsapparaat of een neurologische aandoening;
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt problemen in het bewegingsvermogen;
- Problemen van het bewegingsvermogen en de mogelijkheid om te bewegen beperkt of afwezig is;
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

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, 2.6, 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.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”