

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500436

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 7 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 1 september 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 september 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Op 25 en 26 november 2025 hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 11 december 2025 aan de respectievelijke wederpartijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Bij brief van 16 december 2025 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 6 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 8 januari 2026 heeft verzoeker opnieuw aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 20 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 11 februari 2026 aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in het jaar 2024 zorg gehad in Grevenbroich, Duitsland. De kosten hiervan, te weten een bedrag van totaal € 12.500,--, heeft verzoeker in de periode 27 augustus 2024 tot en met 19 februari 2025 diverse malen bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft hier telkens afwijzend op gereageerd en aan verzoeker meegedeeld dat hij geen vergoeding krijgt voor de betreffende kosten.

- 2.3. Op 21 februari 2025 heeft verzoeker een klacht bij de zorgverzekeraar ingediend en hem aanvullende informatie gestuurd. Bij brief van 27 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de in 2024 in Duitsland genoten zorg, te weten een bedrag van totaal € 12.500,--, te vergoeden.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 5 maart 2025 toegelicht dat hij alle benodigde informatie heeft overgelegd. Volgens de zorgverzekeraar is dit echter niet voldoende. De zorgverzekeraar komt telkens met een nieuwe afwijsggrond. Het is voor verzoeker niet duidelijk welke informatie de zorgverzekeraar nog nodig heeft.
- 3.3. Bij brief van 4 juni 2025 heeft verzoeker toegelicht dat hij op 19 mei 2024 naar Duitsland is gegaan voor familiebezoek. Tijdens dit bezoek, op 25 mei 2024, voelde hij zich niet goed en is hij naar de kliniek in Grevenbroich gegaan. Verzoeker moest daar toen blijven, omdat het niet goed met hem ging. Hij is uiteindelijk tien dagen in de kliniek verbleven. Verzoeker heeft hierbij verwezen naar het verslag van zijn behandelend arts van 5 juni 2024.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij ernstig ziek is. Hij is al jaren kankerpatiënt. Tijdens een vakantie in 2018 in Turkije is hij behandeld vanwege een kwaadaardige tumor. De kosten zijn achteraf probleemloos door de zorgverzekeraar vergoed. Het is vreemd dat de zorgverzekeraar nu vergoeding weigert.
- Tijdens een familiebezoek in Duitsland in mei 2024 kreeg verzoeker klachten aan zijn lever. In het verleden is hij meermaals geopereerd aan zijn lever vanwege uitzaaiingen. De klachten verergerden op 25 mei 2024. Zijn familie heeft hem toen gewezen op de gespecialiseerde kliniek in Grevenbroich. Verzoeker is met spoed naar deze kliniek gegaan en is daar tien dagen opgenomen geweest. Hier heeft hij een oncologische behandeling ondergaan. In eerste instantie moest verzoeker € 16.500,-- betalen, maar omdat bepaalde geneesmiddelen niet zijn gebruikt, is het bedrag verlaagd naar € 12.500,--. De opmerking van de zorgverzekeraar over behandeling op de 21^{ste} is niet juist. Er is iets fout gegaan bij de kliniek. De behandeling is gestart op 25 mei 2024 en dit is altijd zo geweest. Verzoeker heeft contact opgenomen met de kliniek om te vragen naar de data op de eerste nota.
- De kliniek heeft erkend dat een fout is gemaakt en heeft dit verbeterd. Na contact met de kliniek is de aangepaste nota ingediend. Hiervan heeft verzoeker geen schriftelijke verklaring. Ook na juni 2024 is hij meerdere malen teruggesgaan naar de kliniek. De behandelingen na 4 juni 2024 maken onderdeel uit van het bedrag van € 12.500,--. De kosten zijn betaald op 25 mei 2024 of een dag later.
- Verzoeker heeft toegelicht dat zijn vrouw en familie de zaken in die tijd voor hem hebben geregeld. Het kan goed zijn dat het bedrag twee of drie dagen van te voren is betaald. Het kan ook zijn dat hij al eerder in behandeling was.
- Verzoeker was er niet mee bekend dat hij contact moest opnemen met de Alarmcentrale of de zorgverzekeraar. In 2018 hoefde dit ook niet. Als hij had geweten dat hij contact had moeten opnemen, had hij dat gedaan. Er is voor hem geen reden om dat niet te doen.
- De zorgverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van geplande zorg. Verzoeker is verzekerd in Nederland en woont daar ook. Voor geplande zorg had hij ook naar een ziekenhuis in Nederland kunnen gaan. Verzoeker is in april 2024 niet in Duitsland geweest. Hij gaat, vanwege zijn ziekte, niet vaak op reis. Verzoeker gaat soms naar Turkije, omdat hij daar bekend is.
- Verzoeker heeft nog nooit met de zorgverzekeraar gebeld. Mogelijk heeft hij eens gebeld toen hij voor zorg naar Aachen in Duitsland ging of via het ziekenhuis in Maastricht. Hij heeft de

zorgverzekeraar nooit gebeld voor vergoeding van zorg in het buitenland. De door de zorgverzekeraar ingebrachte notities van telefoongesprekken zijn niet geloofwaardig.

- 3.5. Op 26 november 2025 heeft verzoeker foto's die zijn gemaakt in de periode 29 mei 2024 tot en met 3 juni 2024 in de kliniek in Duitsland overgelegd. Verder heeft verzoeker bij brief van 16 december 2025 verklaard dat hij op of voor 10 april 2024 nooit eerder bij de kliniek is geweest. Verzoeker is van 25 mei 2024 tot en met 3 juni 2024 in de kliniek geweest. De administratie van de kliniek heeft een fout gemaakt op de factuur. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker op 8 januari 2026 een e-mailbericht van de kliniek overgelegd waarin wordt bevestigd dat verzoeker van 25 mei 2024 tot en met 4 juni 2024 therapeutische behandeling heeft ontvangen. Verder is uitgelegd dat er een fout is gemaakt in de oorspronkelijke factuur. Hierin stond ten onrechte 21 april 2024 vermeld. Deze factuur was onjuist en is gecorrigeerd. De correcte behandeldata zijn van 25 mei 2024 tot en met 4 juni 2024, zoals ook vermeld in het oorspronkelijke medisch rapport.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in Duitsland genoten zorg. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 1 september 2025 toegelicht dat verzoeker in de periode van 25 mei 2024 tot en met 4 juni 2024 is opgenomen en behandeld in de kliniek in Grevenbroich. Op grond van artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is voor een behandeling in het buitenland, waarbij een opname van één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling noodzakelijk is, voorafgaande toestemming vereist. Voorafgaande toestemming is niet nodig indien sprake is van een onverwachte opname waarbij de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in het woonland. In een dergelijk geval dient er telefonisch contact te worden opgenomen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft nagelaten contact op te nemen met de alarmcentrale. Hij heeft niet vooraf toestemming gevraagd. Volgens de zorgverzekeraar is het niet aannemelijk dat hij niet op de hoogte was van deze voorwaarde, aangezien verzoeker in de maanden voorafgaand aan zijn opname, in de periode tussen 14 februari 2024 en 8 april 2024, meerdere malen contact met de zorgverzekeraar heeft opgenomen omtrent zorg in het buitenland en de hoogte van de vergoeding hiervan. De zorgverzekeraar heeft hem naar aanleiding hiervan informatie verstrekt over het vragen van toestemming voor zorg in het buitenland, waaronder een brochure.
- 4.2. Verzoeker heeft op 27 augustus 2024 voor het eerst de nota van zijn behandeling ingediend door middel van een declaratie. Bij deze declaratie is een verwijzing van de huisarts overgelegd, gedateerd op 14 augustus 2024. Deze verwijzing is dus opgesteld nádat de behandeling heeft plaatsgevonden en is daarom niet geldig. Daarnaast is bij de declaratie een kostenoverzicht van de Duitse kliniek voor individuele therapie van 10 dagen gevoegd, gedateerd op 10 april 2024. Dit kostenoverzicht bevat een beschrijving van de behandeling alsmede een specificatie van de totale behandelkosten. In het kostenoverzicht is vermeld dat dit is opgesteld op verzoek van verzoeker en naar aanleiding van het eerste persoonlijke consult met hem. Uit het feit dat reeds voorafgaand aan de start van de behandeling op 25 mei 2024 een kostenoverzicht is opgevraagd bij de betreffende zorgaanbieder en daar eerder een consult heeft plaatsgevonden, kan worden opgemaakt dat verzoeker voornemens was zich in de Duitse kliniek te laten behandelen.
- Op 6 oktober 2024 en 8 november 2024 heeft verzoeker opnieuw declaraties van de behandeling bij de zorgverzekeraar ingediend. In de declaratie van 8 november 2024 is een nota opgenomen van de Duitse kliniek, gedateerd op 21 april 2024. Als behandelperiode is daarbij vermeld: 19 april 2024 tot en met 4 juni 2024. Hieruit volgt dat verzoeker reeds in april contact heeft gehad met deze zorgaanbieder en daar toen al onder behandeling stond. De uiteindelijke behandeling, die op 25 mei 2024 van start ging, is derhalve aantoonbaar vooraf gepland. Daarnaast bevat deze declaratie een nieuwe verwijzing van de huisarts, waarin verzoeker wordt

verwezen voor een second opinion in verband met een gemetastaseerd adenocarcinoom van het colon. Op deze verwijzing ontbreekt echter zowel de datum als de vermelding naar welke zorgverlener/specialisme de verwijzing plaatsvindt. Dat het specialisme waarnaar wordt verwezen op de verwijzing moet worden vermeld, volgt uit het document 'Verwijsafspraken Medisch specialistische zorg', onder punt 6: *"Welke gegevens moeten terug te vinden zijn op een verwijzing"*. Omdat onduidelijk was wanneer de verwijzing, waarop immers geen datum vermeld stond, was opgesteld, heeft de zorgverzekeraar contact opgenomen met de huisarts van verzoeker. Deze heeft hierop per e-mail geantwoord dat de datum van de verwijzing moet worden vastgesteld op 24 mei 2024. Deze datum valt één dag voorafgaand aan de aanvang van de behandeling van verzoeker. Er is echter geen sprake geweest van een second opinion. Verzoeker is in Duitsland namelijk direct behandeld, in plaats van dat hij met de uitkomst van de second opinion is teruggekeerd naar zijn behandelend arts in Nederland. Het is niet gebleken dat de Nederlandse behandelend arts de behandeling heeft overgedragen aan de Duitse zorgverleners.

Op 17 januari 2025, 30 januari 2025 en 11 februari 2025 heeft verzoeker nogmaals declaraties ingediend betreffende dezelfde behandeling. Bij deze declaraties zijn opnieuw de nota's van de behandeling gevoegd. Hierop is echter de oorspronkelijke datum van 21 april 2024 aangepast naar 25 mei 2024, de dag waarop de behandeling startte. Tevens is de behandelperiode aangepast. Waar deze aanvankelijk liep van 19 april 2024 tot en met 4 juni 2024, is dit gewijzigd in 25 mei 2024 tot en met 4 juni 2024. Opvallend is dat het factuurnummer van de nota's ongewijzigd is gebleven, namelijk 2024.0019. Aangezien beide nota's verder inhoudelijk identiek zijn, met als enig verschil de vermelde data, bestaan er gegronde twijfels over de authenticiteit ervan. Daarbij rijst bij de zorgverzekeraar de vraag of de wijziging van de data van 19 respectievelijk 21 april 2024 in 25 mei 2024 verband houdt met het willen voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding.

- 4.3. Het dossier is tevens inhoudelijk beoordeeld door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. In het verslag van de arts van de kliniek in Duitsland wordt aangegeven dat, gezien de acute urgentie van de aandoening van verzoeker, de behandeling direct is gestart om een verslechtering van zijn gezondheidstoestand te voorkomen. Het verslag bevat echter geen nadere toelichting op de medische toestand van verzoeker bij aankomst en er wordt niet gemotiveerd welke concrete omstandigheden de situatie zodanig spoedeisend maakten dat onmiddellijk ingrijpen geboden was. Voorts wordt in het medisch verslag vermeld dat het doel van de behandeling was het stabiliseren van het ziekteverloop en het verbeteren van de kwaliteit van leven van verzoeker. Uit deze omschrijving valt niet af te leiden dat sprake was van een acute, spoedeisende situatie.
- 4.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat sprake is van planbare zorg. Verzoeker heeft zich tijdens een familiebezoek bij de kliniek gemeld met gezondheidsklachten. Hij is direct opgenomen en verbleef er tien dagen. Volgens verzoeker was sprake van een spoedeisende situatie, maar uit de stukken blijkt iets anders. Verzoeker had vóór mei 2024 het voornemen zich te laten behandelen in deze kliniek. Dit blijkt onder meer uit het kostenoverzicht van 10 april 2024. Dit is afkomstig van de kliniek waar hij is behandeld en hierin wordt het bedrag van € 12.500,-- genoemd. Ook is op 6 oktober 2024 een nota van 21 april 2024 bij de zorgverzekeraar ingediend waarin een behandelperiode van 19 april 2024 tot 4 juni 2024 staat vermeld. Deze nota is van ruim een maand voor de opname. Verder is in het dossier een betaalbevestiging aanwezig van 22 mei 2024 waaruit blijkt dat de volledige betaling van de kosten is overgemaakt aan de zorgverlener. Dit was vóór de opname. Op basis van de door verzoeker overgelegde informatie heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat verzoeker al vóór 25 mei 2024 van plan was zich te laten behandelen. Er is daarom geen sprake van acute of onverwachte zorg, maar van vooraf geplande zorg. Voor planbare zorg is op grond van de Zorgverzekeringswet en de voorwaarden van de zorgverzekering een voorafgaande gerichte verwijzing nodig. Verzoeker heeft een verwijzing overgelegd van 24 mei 2025. Deze verwijzing kan niet worden gezien als een geldige verwijzing,

omdat hij achteraf is verstrekt. De behandeling is immers gestart in april 2024. Verder is niet duidelijk naar welke zorgverlener of naar welk specialisme is verwezen. Hiermee is niet voldaan aan het document 'Verwijsafspraken Medisch-specialistische zorg'. Daarbij komt dat in de verwijzing wordt gesproken over een second opinion. Hiervan is geen sprake. Verzoeker is niet teruggekeerd naar zijn oorspronkelijke behandelaar. Ook is voor geplande zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig en deze ontbreekt. Verder geldt dat verzoeker in februari en april 2024 meermaals contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar met vragen over de vergoeding van niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Dat hij niet bekend was met de voorwaarden die gelden voor spoedeisende zorg is daarom niet aannemelijk.

- 4.5. Op 9 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een Nederlandse vertaling van de kostenraming van 20 april 2025 overgelegd.
- 4.6. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de zorgverlener schriftelijk aan verzoeker heeft bevestigd dat in de oorspronkelijke factuur een fout is gemaakt. Volgens de zorgverlener was daarin ten onrechte vermeld dat de opnameperiode begon op 21 april 2024. Dit zou volgens hem moeten worden aangepast naar 25 mei tot en met 4 juni 2024. Deze correctie klopt echter niet. In de oorspronkelijke factuur staat namelijk als behandelingsperiode 19 april 2024 tot en met 4 juni 2024 vermeld, waarbij 21 april 2024 de datum is waarop de factuur is aangemaakt. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat de juiste opnameperiode 25 mei tot en met 4 juni 2024 is geweest. De betwisting van de ziektekostenverzekeraar richt zich op de stelling van verzoeker dat het om acute zorg zou gaan. Uit het dossier blijkt namelijk dat verzoeker reeds vooraf het voornemen had deze behandeling bij de betreffende zorgverlener in Duitsland te ondergaan. Dit betekent dat het hier planbare zorg betreft. Verzoeker heeft vóór de behandeling een kostenraming aangevraagd en ontvangen van de zorgverlener. Deze raming is gedateerd 10 april 2024 en geeft een overzicht van de kosten voor de behandeling die in de periode van 25 mei tot en met 4 juni 2024 is uitgevoerd. Uit deze raming blijkt dat er reeds vóór 10 april een consult heeft plaatsgevonden. Daarnaast bevindt zich in het dossier een betaalbevestiging van 22 mei 2024 waaruit blijkt dat de volledige behandelkosten drie dagen vóór aanvang zijn voldaan. Dit ondersteunt de conclusie dat geen sprake was van een onverwachte of acute opname, maar van planbare zorg.

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 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) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder worden hierin de van belang zijnde artikelen van Verordening (EG) nr. 883/2004 aangehaald. Ook zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verordening

- 6.2. Verzoeker heeft zorg genoten in Duitsland, een andere EU-lidstaat. Hij heeft verklaard dat hij op 19 mei 2024 naar Duitsland is gegaan voor familiebezoek en dat hij zich tijdens dit bezoek slecht voelde, waarop hij zich tot de kliniek in Grevenbroich heeft gewend, waar hij op 25 mei

2024 is opgenomen. In dat geval is sprake van zorg tijdens het verblijf in een andere EU-lidstaat. Op deze situatie ziet artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004.

De zorgverzekeraar heeft naar voren gebracht dat de correctie van de zorgverlener van 8 januari 2026 niet klopt, maar dat hij niet betwist dat de juiste opnameperiode 25 mei tot en met 4 juni 2024 is geweest. Volgens de zorgverzekeraar is sprake geweest van planbare zorg. In dit verband heeft hij gesteld dat uit de door verzoeker overgelegde kostenraming van 10 april 2024 kan worden opgemaakt dat deze werd opgesteld op verzoek van verzoeker na een consult bij de zorgverlener in Duitsland en dat hij daarom al voornemens was zich in de Duitse kliniek te laten behandelen. Ook blijkt uit de door verzoeker ingediende betalingsbevestiging dat de kosten van de behandeling voorafgaand aan de behandeling zijn betaald. Verder is door verzoeker voorafgaand aan de opname bij de zorgverzekeraar navraag gedaan naar vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, in verband waarmee hem een brochure werd gestuurd. Verzoeker heeft daartegenover gesteld dat hij niet eerder dan op 25 mei 2024 bij de kliniek in Duitsland is geweest en dat de kliniek abusievelijk een verkeerde startdatum van de behandeling heeft genoemd op de oorspronkelijke factuur. In het kader van de in geschil zijnde zorg heeft hij nooit telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar, aldus verzoeker. Verder heeft verzoeker verklaard dat zijn familie de zaken in die tijd voor hem heeft geregeld en dat het goed kan zijn dat het bedrag twee of drie dagen van te voren is betaald. De commissie overweegt dat, gelet op de door verzoeker overgelegde verklaring van de Duitse kliniek van 8 januari 2026, niet kan worden uitgegaan van een behandelperiode van 19 april 2024 tot en met 4 juni 2024. De commissie gaat daarom uit van een behandelperiode van 25 mei 2024 tot 4 juni 2024. Dit neemt echter niet weg dat op de door verzoeker ingediende kostenraming voor behandeling van 10 april 2024 is vermeld dat deze is verstrekt op basis van een eerste persoonlijk consult met verzoeker én dat de kosten voor de behandeling reeds voorafgaand aan de start van de behandeling op 25 mei 2024 zijn betaald aan de kliniek. Hieruit kan worden opgemaakt dat verzoeker voor 25 mei 2024 al voornemens was zich te laten behandelen bij de kliniek in Duitsland. Gelet op het voorgaande acht de commissie aannemelijk dat sprake was van planbare zorg zoals bedoeld in artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004. Op grond van deze bepaling heeft een verzekerde onder bepaalde voorwaarden aanspraak op zorg in een andere EU-lidstaat. Hiertoe is vereist dat het uitvoeringsorgaan van de bevoegde lidstaat – in dit geval de zorgverzekeraar – voorafgaand zijn toestemming verleent.

- 6.3. Van een verzoek om voorafgaande toestemming is in de situatie van verzoeker niet gebleken. Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof 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. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden niet gebleken. Dit betekent dat voor de aard en omvang van de aanspraken de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving bepalend zijn. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering

- 6.4. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. In artikel 9.3 is bepaald dat wanneer een verzekerde zich in het buitenland wil laten behandelen en daarbij één of meerdere nachten wordt opgenomen in een ziekenhuis of andere zorginstelling, er voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist. Dit geldt eveneens voor behandelingen in het buitenland waarvoor in de zorgvoorwaarden (artikelen 11 tot en met 39) is vastgelegd dat vooraf toestemming nodig is. Verder is in dit artikel bepaald dat geen toestemming nodig is als een verzekerde onverwacht wordt opgenomen en de behandeling niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in het woonland. Als een verzekerde één of meer nachten wordt opgenomen, moet contact worden opgenomen met de alarmcentrale.

- 6.5. Hiervoor werd in het kader van de verordening reeds geconcludeerd dat sprake is van planbare zorg. Planbare zorg is naar zijn aard niet een onverwachte opname, zodat voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar zoals bedoeld in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering vereist is. Deze toestemming ontbreekt in het geval van verzoeker. Dit betekent dat niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en dat de zorgverzekeraar vergoeding van de kosten van de behandeling in Duitsland mocht weigeren. Nu de zorgverzekeraar reeds op deze grond terecht vergoeding heeft geweigerd, kan hetgeen hij heeft aangevoerd ten aanzien van de door de huisarts afgegeven verwijzing(en) en de aanpassing van de data op de verschillende declaraties verder onbesproken blijven.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 maart 2026,

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

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

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. (...)*”

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 verslakte 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 gehemeltespelen, 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.

Artikel 9. Buitenland

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

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

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

Let op

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

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

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

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

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

Let op

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

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 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. Het telefoonnummer vindt u in de App, op uw zorgpas en op onze website.