

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202502052

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 12 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. 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 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoekster heeft op 29 december 2024 de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van een medisch geïndiceerd IVF/ICSI behandeltraject in Denemarken te vergoeden.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 januari 2025 aan verzoekster meegedeeld dat hij een verwijzing van de (huis)arts en een ingevuld aanvraagformulier nodig heeft.

- 2.4. Een verwijzing van 20 januari 2025 en het aanvraagformulier van 1 januari 2024 zijn vervolgens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.5. Bij brief van 3 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de behandeling niet worden vergoed, omdat de verwijzing dateert van na de behandeling.
- 2.6. Verzoekster heeft nadien een verwijzing van 1 maart 2024 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 februari 2025 meegedeeld dat de tweede verwijzing is ontvangen, maar dat de eerste verwijzing als originele verwijzing wordt gezien.
- 2.8. Bij brief van 6 juli 2025 heeft verzoekster een klacht bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 juli 2025 toegelicht waarom de eerste verwijzing als originele verwijzing geldt.
- 2.10. Bij brief van 27 juli 2025 heeft verzoekster opnieuw een klacht bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.11. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 augustus 2025 meegedeeld dat hij contact met de huisarts van verzoekster wil opnemen.
- 2.12. Verzoekster heeft een toestemmingsformulier van 6 september 2025 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Toen bleek dat de informatie bij een andere huisarts moest worden opgevraagd heeft verzoekster een toestemmingsformulier van 2 oktober 2025 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.13. Bij brief van 4 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen, omdat een verwijzing voorafgaand aan de behandeling ontbreekt.
- 2.14. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.15. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 6 mei 2026 stukken nagestuurd.
- 2.16. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 mei 2026 naar aanleiding van nagestuurde stukken aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor het IVF/ICSI behandeltraject in Denemarken ten onrechte op formele gronden heeft afgewezen en (ii) deze daarom alsnog inhoudelijk dient te beoordelen.
- 3.2. Verzoekster heeft op 29 december 2024 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties van haar IVF-behandelingen bij een kliniek in Denemarken ingediend. Nadat de ziektekostenverzekeraar haar vroeg om een verwijzing van de huisarts en een aanvraagformulier heeft zij deze stukken ingediend. De verwijzing had echter een verwijzdatum van 20 januari 2025. Na afwijzing van de

declaraties door deze administratieve fout heeft zij een verwijzing van 1 maart 2024 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.

- 3.3. Bij e-mailbericht van 6 juli 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verklaard dat een afwijzing op grond van artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet geen legitieme reden is. Dit artikel bepaalt alleen dat er een verwijzing van de huisarts moet zijn. Verzoekster heeft gesteld dat zij (mondeling) toestemming had van de huisarts en dat daarna een schriftelijke verwijzing is verstrekt. Dat er een verkeerde datum op de verwijzing stond is een menselijke fout geweest en deze is gecorrigeerd. Het is volgens verzoekster de algemene gang van zaken dat de administratie achteraf wordt geregeld. Zij heeft verder verklaard dat een deel van de zorgkosten inmiddels door de Belastingdienst is vergoed. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de resterende kosten van circa € 8.979,05,-- ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 3.4. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 27 juli 2025 herhaald dat artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet niet bepaalt dat de verwijzing vooraf moet zijn verstrekt. Volgens verzoekster heeft zij de ziektekostenverzekeraar veel werk uit handen genomen, omdat zij zelf een kliniek gespecialiseerd in endometriose heeft gevonden. Ook heeft de Belastingdienst een deel van de kosten al vergoed, zodat de ziektekostenverzekeraar niet alles hoeft te vergoeden. Daarnaast was zij nooit in deze situatie gekomen als het Amsterdam Medisch Centrum verder had gekeken dan het standaard protocol en preventief had onderzocht waarom zwangerschappen niet lukten. Op haar aandringen is er onderzoek gedaan naar endometriose.
- 3.5. Verzoekster heeft bij brief van 1 december 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat zij op grond van de artikelen 11 van de Zorgverzekeringswet en 2.1, tweede lid, van het Besluit Zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van een medisch geïndiceerd fertiliteitstraject. Het door haar gevolgde traject heeft volgens verzoekster plaatsgevonden in een erkende fertiliteitskliniek en de behandeling is uitgevoerd volgens evidence-bases richtlijnen, met gebruik van bewezen technieken en geregistreerde medicatie, en zonder experimentele of niet-bewezen add-ons. Zij heeft verder verklaard dat op de eerste verwijzing van haar huisarts een foutieve datum stond. Dit is hersteld, waarna verzoekster een tweede verwijsbrief kreeg waarop wel de juiste verwijsdatum was vermeld. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat een administratieve fout van invloed is op de medische indicatie. Op basis van het toezichtkader en de beleidsuitgangspunten van de Nederlandse Zorgautoriteit moeten zorgverzekeraars de voorwaarden van de zorgverzekering en de machtigingsprocedure op een redelijke, transparante en zorgvuldige wijze toepassen. Administratieve of formele gebreken dienen herstelbaar te worden behandeld als ook de medische indicatie verifieerbaar is. Het afwijzen op basis van louter een administratieve (herstelde) fout is niet in lijn met deze toezichtnormen.
- 3.6. Verzoekster heeft voorts verwezen naar het motiveringsbeginsel en gesteld dat op grond van de artikelen 3:46 en 7:12 van de Algemene wet bestuursrecht een individuele deugdelijke onderbouwing van een besluit vereist is.
- 3.7. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 24 december 2025 facturen en pinbonnen overgelegd.
- 3.8. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat zij een heel traject heeft doorlopen. Bij het AMC werd in haar beleving niet naar het geheel gekeken, maar was er sprake van tunnelvisie. Zij is vervolgens verder gaan kijken en is terechtgekomen bij een kliniek in Kopenhagen. Deze kliniek is ook gespecialiseerd in endometriose. Haar voormalig huisarts heeft zij vervolgens op de hoogte gebracht van deze kliniek, want hij wist van de endometriose en het traject bij het AMC. Na telefonisch overleg met haar voormalig huisarts heeft hij haar meegedeeld dat een behandeling bij deze kliniek een goede keuze zou zijn. Vervolgens heeft er een digitale kennismaking met de kliniek plaatsgevonden. Er werden door de kliniek wel enkele eisen gesteld,

zoals het doen van een soa-test en bloedonderzoek. Dit heeft zij aan haar voormalig huisarts voorgelegd en deze heeft het haar geholpen om dit te regelen. Vervolgens is verzoekster in Kopenhagen het fertiliteitstraject gestart. Op dat moment waren de kosten van de behandeling niet een prioriteit. Haar leeftijd en haar medische situatie waren op dat moment belangrijker voor haar. Pas toen zij de facturen kreeg heeft zij deze ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Er werd haar vervolgens gevraagd om een verwijzing naar de kliniek in Kopenhagen. Deze heeft zij bij haar voormalig huisarts opgevraagd en deze heeft de verwijzing gesteld op 2025. Dit ziet zij als een administratieve fout. Daarnaast gevraagd door de commissie licht zij toe dat in april 2024 de digitale kennismaking met de kliniek was, in mei volgde bloedonderzoeken, het fertiliteitsonderzoek is in augustus gestart en in december 2024 bleek zij zwanger. Toen de ziektekostenverzekeraar meedeelde dat de verwijzing was van na de behandeling, heeft zij de huisarts gevraagd om de juiste verwijzing te sturen. Maar de gecorrigeerde verwijzing werd door de ziektekostenverzekeraar niet geaccepteerd. Later werd ook nog gesteld dat – ook al was er een verwijzing – zij niet voorafgaand om toestemming had gevraagd. Volgens verzoekster lijkt het erop dat de ziektekostenverzekeraar zoekt naar een afwijgrond. Daarnaast gevraagd door de commissie kan verzoekster niet verklaren waarom haar voormalig huisarts de telefonische contacten niet heeft verwerkt in zijn administratie. Zij heeft wel de e-mailwisseling tussen haar en de voormalig huisarts. Zij kan deze nog nasturen. Zij vraagt zich ook af of – indien de mailwisseling niet voldoende is – met terugwerkende kracht door haar huidige huisarts een verwijzing mag worden afgegeven dat door de ziektekostenverzekeraar kan worden geaccepteerd. Volgens verzoekster staat in artikel 14 Zorgverzekeringswet niet dat een administratieve fout niet mag worden hersteld.

- 3.9. Bij e-mailbericht van 6 mei 2026 heeft verzoekster de e-mailwisseling overgelegd tussen haar en de voormalig huisartsenpraktijk. Hieruit blijkt volgens verzoekster dat de huisarts van het IVF/ICSI traject wist en haar heeft verwezen naar de kliniek in Kopenhagen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. Bij brief van 13 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster verzocht om een verwijzing van de (huis)arts en een ingevuld aanvraagformulier. Na ontvangst daarvan heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 februari 2025 vergoeding van de kosten afgewezen, omdat de verwijzing dateert van na de behandeling. Bij brieven van 23 februari 2025 en 17 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de verwijzing van 20 januari 2025 door hem als originele verwijzing wordt gezien. Deze is van ná de behandelingen in Denemarken. De Zorgverzekeringswet bepaalt dat een verwijzing voor niet-spoedeisende zorg altijd vóór de behandeling moet zijn verstrekt. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. De door verzoekster nadien gestuurde tweede verwijzing van 1 maart 2024 wordt niet gezien als oorspronkelijke verwijzing.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 26 augustus 2025 en 10 september 2025 verzocht om toestemming om contact op te nemen met de huisarts van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar had haar toestemming nodig om de verwijzing voor de fertiliteitskliniek in Denemarken te bespreken met de huisarts. Na ontvangst van de toestemming heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 4 november 2025 verklaard dat de verwijzing van 25 januari 2025 is opgesteld na afloop van het fertiliteitstraject. Op het moment van de behandeling in 2024 ontbrak een verwijzing. De verwijzing heeft een functie, namelijk dat vooraf wordt beoordeeld of specialistische medische zorg nodig is. Een verwijzing achteraf vervult deze functie niet.
- 4.3. Uit het gesprek met de huisartsenpraktijk is niet gebleken dat de verwijzing van 25 januari 2025 een uitdraai is van de eerdere ongetekende verwijzing van 1 maart 2024. Volgens de huisartsenpraktijk is er op 1 maart 2024 geen verwijzing afgegeven. Uit het praktijkdossier blijkt voorts niet van contact tussen verzoekster en de huisarts rond deze datum. Er is door de huisarts

ook geen consult gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar begrijpt daarom niet wat de door verzoekster gestuurde verwijzing van 1 maart 2024 betekent. Omdat op het moment van de behandeling in 2024 een verwijzing ontbrak, kan de ziektekostenverzekeraar niet toetsen of verzoekster aanspraak heeft op het fertiliteitstraject.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 december 2025 verklaard dat zijn afwijzing is gebaseerd op het ontbreken van een voorafgaande verwijzing en zijn voorafgaande toestemming. In artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat medisch specialistische zorg alleen toegankelijk is na een verwijzing van een aangewezen zorgverlener, zoals een huisarts. Daarnaast is in artikel B31.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat voor een behandeling in het buitenland voorafgaande toestemming nodig is. De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat hij de verwijzing van 20 januari 2025 als de oorspronkelijke verwijzing beschouwt. Daarom ligt de vraag of er aanspraak zou bestaan op vergoeding als wél aan de formele vereisten was voldaan, niet ter beantwoording voor.
- 4.5. Bij brief van 12 maart 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar het voorgaande nader toegelicht en aanvullende stukken gestuurd.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat een administratieve fout niet zal leiden tot een afwijzing. In het geval van verzoekster is contact opgenomen met de voormalig huisartsenpraktijk. Daaruit bleek niet dat het behandeltraject in Kopenhagen werd besproken en ook niet dat er een consult werd gedeclareerd. Ook werd niets gevonden over het verstrekken van een verwijzing in 2024. Wat betreft de afwijzgrond is het ontbreken van de verwijzing de belangrijkste. Eerder is inderdaad meegedeeld dat de aanvraag achteraf nog kan worden beoordeeld – dus zonder voorafgaande toestemming – maar het ontbreken van de verwijzing is cruciaal in de beoordeling. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de mailwisseling de verwijzing niet kan vervangen. Het kan wel in bredere context worden gezien, maar dan moet daaruit blijken dat de voormalig huisarts bewust heeft meegewerkt aan het traject in Kopenhagen.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 mei 2026 verklaard dat de nagestuurde stukken van verzoekster geen verwijzing bevat en enkel ziet op hulp bij verschillende onderzoeken ten behoeve van het IVF/ICSI traject in Denemarken. Dit is hulp die elke huisarts – met of zonder verwijzing voor het beoogde traject – normaliter biedt. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat uit meerdere bindend adviezen van de commissie volgt dat het ontbreken van een voorafgaande machtiging niet slechts gezien kan worden als een formaliteit waarin achteraf kan worden voorzien. De noodzaak van een verwijzing door een behandelend arts vervult een belangrijke poortwachtersrol binnen de Zorgverzekeringswet die alle zorgverzekeraars op grond van artikel 14, tweede lid, Zorgverzekeringswet in hun voorwaarden hebben staan. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft hij op de juiste gronden de aanvraag van verzoekster afgewezen.

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 A.18 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, waaronder

fertiliteitsbehandelingen, en de eis van een voorafgaande verwijzing, 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 Denemarken gegaan om daar zorg af te nemen, namelijk een IVF/ICSI behandeltraject. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hier ambtshalve aan.
- In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 6.3. In dit geval heeft verzoekster geen voorafgaande toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09). Die zijn door verzoekster ook niet gesteld. Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft en moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.4. Tussen partijen is in geschil of de ziektekostenverzekeraar de kosten van het IVF/ICSI behandeltraject in Denemarken terecht heeft afgewezen, waarbij de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster niet beschikte over (i) een voorafgaande schriftelijke verwijzing en (ii) zijn voorafgaande schriftelijke toestemming voor een behandeling in het buitenland zoals vereist op grond van de verzekeringsvoorwaarden. De commissie stelt vast dat het hier om cumulatieve voorwaarden gaat. Het gevolg daarvan is dat, indien de eerste afwijsground standhoudt, toetsing aan de tweede achterwege kan blijven.

Verwijzing

- 6.5. In artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg, waaronder een IVF/ICSI behandeltraject, beschreven. Eén van de voorwaarden is dat een verzekerde moet zijn doorverwezen door een huisarts of een andere hierin genoemde zorgverlener.
- 6.6. Verzoekster is op 30 april 2024 gestart met de behandeling bij de fertiliteitskliniek in Denemarken. Zij heeft aan de ziektekostenverzekeraar - nadat door haar eerder een verwijzing van 25 januari 2025 was aangeleverd - een verwijsbrief gedateerd 1 maart 2024 overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan, met toestemming van verzoekster, contact opgenomen met de huisartsenpraktijk. Hieruit bleek dat er rond 1 maart 2024 geen contact tussen verzoekster en de huisarts is geweest, er geen consult is geregistreerd en/of gedeclareerd, en er zich geen verwijzing van 1 maart 2024 in het dossier van de huisarts bevindt. Verzoekster heeft het voorgaande niet bestreden. De commissie heeft in een eerdere zaak (Gcz 18 augustus 2021, 202100703) overwogen dat de voorwaarde van een voorafgaande – gerichte – verwijzing niet slechts een formaliteit is waaraan achteraf kan worden voldaan. Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat medisch specialistische zorg slechts

toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. De commissie stelt vast dat deze, die dus als instapvoorwaarde heeft te gelden, in de situatie van verzoekster ontbreekt. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, te weten dat op de eerste verwijzing een foutieve datum stond, overtuigt gelet op het voorgaande niet. Ook haar stelling dat het zou gaan om een “(herstelde) administratieve fout” acht de commissie om die reden niet aannemelijk. Voor zover daarvan al sprake zou zijn met betrekking tot de eerste verwijzing van 25 januari 2025, blijkt uit de verklaring van de huisartsenpraktijk niet van een gerichte verwijzing van vóór 30 april 2024. Uit de door verzoekster overgelegde e-mailwisseling tussen haar en de huisartsenpraktijk blijkt ook niet van een verwijzing naar de kliniek in Kopenhagen. Verzoekster heeft aan de huisarts meegedeeld dat zij contact heeft met de kliniek in Kopenhagen en dat er onderzoeken moeten plaatsvinden. De huisartsenpraktijk heeft die onderzoeken voor haar geregeld. De commissie overweegt dat hieruit niet blijkt dat de huisarts verzoekster heeft verwezen naar de kliniek in Kopenhagen. Het gestelde ten aanzien van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) neemt de commissie voor kennisgeving aan, nu de ziektekostenverzekeraar geen bestuursorgaan is in de zin van die wet, en de Awb dan ook niet in deze kwestie van toepassing is. Dit betekent dat het verzoek om vergoeding terecht werd afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. De ontbrekende toestemming op grond van de verzekeringsvoorwaarden behoeft daarom geen bespreking en aan een inhoudelijke beoordeling van de aanspraak op een IVF/ICSI behandeltraject wordt in dit geval niet toegekomen.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2026,

J.J.M. Linders

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

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, - hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysisch audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#) zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel [B.8](#) Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel [B.13](#) Audiologisch centrum
- Artikel [B.15](#) Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel [B.19](#) Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel [B.20](#) Mechanische beademing
- Artikel [B.21](#) Thuisdialyse
- Artikel [B.22](#) Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel [B.23](#) Plastische chirurgie
- Artikel [B.24](#) Revalidatie
- Artikel [B.30](#) Bevallings- en verloskundige zorg
- Artikel [B.31](#) In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie
- Artikel [B.33](#) Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel [B.41](#) Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelmet bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel [B.15](#).

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht.

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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. (...)*”