

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202402063

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 26 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 mei 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 15 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 15 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. In vervolg op de hoorzitting zijn partijen met elkaar in overleg getreden. Bij brief van 6 november 2025 heeft verzoekster een aanvullende reactie gestuurd, waarop de zorgverzekeraar bij brief van 21 november 2025 heeft gereageerd. Hieruit volgde dat tussen partijen geen akkoord was bereikt. Hierop heeft de commissie besloten partijen nogmaals ter zitting uit te nodigen.
- 1.5. Na ontvangst van de uitnodiging voor de tweede hoorzitting heeft de zorgverzekeraar bij brief van 29 december 2025 verklaard aan verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen van € 1.799,48. Bij e-mailbericht van 9 januari 2026 heeft verzoekster meegedeeld dat het geschil hiermee niet is opgelost en dat de hoorzitting doorgang diende te vinden.
- 1.6. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld binnen drie weken aanvullende stukken over te leggen, wat zij bij verschillende berichten gedateerd op 23 januari 2026 heeft gedaan. Deze stukken zijn op 27 januari 2026 in kopie aan de zorgverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Bij brief van 13 februari 2026 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld aan verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen van € 8.490,91. Deze brief is

op 25 februari 2026 in kopie aan verzoekster gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in de jaren 2015 tot en met 2017 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft de beschikking over een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). In 2017 zijn namens haar documenten afgegeven bij het kantoor van de zorgverzekeraar. Nadat deze documenten eerst waren zoekgeraakt, is een deel door de zorgverzekeraar teruggevonden, waarna een vergoeding is verleend voor andere kosten dan die vanuit het PGB vv. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar gevraagd ook de – verdwenen – nota's te vergoeden die betrekking hebben op het PGB vv van de jaren 2015-2017. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding van deze nota's is afgewezen.
- 2.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de declaraties die in 2017 bij het kantoor zijn afgegeven, en die betrekking hebben op het PGB vv van de jaren 2015-2017, alsnog te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 26 maart 2025 aangevoerd dat zij al 30 jaar chronisch ziek is. Zij heeft in het verleden met een Wmo-indicatie een PGB-regeling via de zorgverzekeraar genoten. Sinds 2015 geeft de zorgverzekeraar de voorkeur aan digitaal ingediende declaraties. Het lukte verzoekster herhaaldelijk niet de nota's digitaal in te dienen en daarom heeft zij hulp ingeroepen. Zowel informele als formele hulpverleners slaagden er echter niet in de nota's correct digitaal in te dienen. Een professionele hulpverlener heeft vervolgens telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Een medewerker van de zorgverzekeraar heeft hem toen aangeraden alle originele declaraties af te leveren bij het kantoor van de zorgverzekeraar. Dit heeft deze persoon toen gedaan, en daarbij kreeg hij de belofte dat verzoekster per omgaande kopieën toegestuurd zou krijgen. Omdat verzoekster deze niet ontving, heeft zij hierover telefonisch informatie ingewonnen bij de zorgverzekeraar. Het pakket met declaraties bleek echter onvindbaar. Na het indienen van een formele klacht werd een deel van het pakket teruggevonden, waarop een vergoeding volgde. De declaraties in het kader van het PGB vv zijn echter niet teruggevonden en daarom ook niet vergoed. Verzoekster heeft hierover in de afgelopen jaren regelmatig contact opgenomen met de zorgverzekeraar, maar tevergeefs. Intussen heeft een medewerker van de zorgverzekeraar haar meegedeeld dat de betreffende declaraties niet meer kunnen worden ingediend en behandeld omdat de termijn hiervoor is verstreken. De zorgverzekeraar trekt nu ten onrechte in twijfel dat de originele documenten op zijn kantoor zijn afgegeven.
- 3.3. Tijdens de zitting van 15 oktober 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij destijds haar klacht heeft ingediend bij SKGZ, waarbij zij een globaal bedrag heeft opgegeven. Zij heeft altijd een energietekort en dacht het bedrag later nog te kunnen preciseren. Zij komt nu uit op ongeveer € 60.000,- aan kosten, en hierbij heeft zij nog niet de onkosten en wettelijke rente gerekend, die zij ook wil claimen. Zij zou voor een bedrag van € 43.009,68 willen schikken. Verzoekster heeft op aanvraag van de zorgverzekeraar wat voorbeelden opgestuurd. Zij heeft sommige hulpen per bank betaald en andere contant. Van de contante betalingen heeft zij voorbeeld receiptjes aangeleverd.

Zij heeft in de laatste stukken gezien dat de zorgverzekeraar plots over een administratie beschikt. Hieruit heeft zij afgeleid dat zij slechts € 1.700,-- vergoed heeft gekregen. Zij vraagt voor de belasting elk jaar de financiële administratie op bij de zorgverzekeraar.

- 3.4. Bij bericht van 6 november 2025 heeft verzoekster betalingsbewijzen gestuurd en een verklaring van een zorgverlener waaruit blijkt dat deze is betaald. Ook heeft zij een e-mailbericht toegevoegd waaruit blijkt hoe het probleem is ontstaan. Zij heeft hierbij opgemerkt dat het voor haar onredelijk voelt dat van haar zoveel inspanning wordt gevraagd, terwijl er aan de zijde van de zorgverzekeraar sprake is van fouten en een foutieve en onvolledige administratie. Dit blijkt onder meer uit de jaaropgaves, waarin duidelijke discrepanties te vinden zijn tussen de beschikbare stukken. Het verzamelen van alle gegevens heeft verzoekster veel tijd, stress en moeite gekost. Tijd die zij vanwege haar fysieke beperkingen nauwelijks heeft. Zelfs het normale dagelijkse leven kost haar alle beschikbare energie. Een leven waarin pijn de boventoon voert, en waaraan de zorgverzekeraar deels debet is, vanwege de herhaalde afwijzingen van een noodzakelijke en potentieel levensreddende operatie.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 9 januari 2026 heeft verzoekster, in reactie op de betaling van € 1.799,48, meegedeeld dat het geschil niet is opgelost. Tijdens de hoorzitting op 15 oktober 2025 werd door haar een bedrag van ongeveer € 38.000,-- als billijk genoemd. Vervolgens is zonder overleg slechts een fractie daarvan overgemaakt.
- 3.6. Bij bericht van 23 januari 2026 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat zij het meest recente overzicht van de zorgverzekeraar met betrekking tot de openstaande zorgkosten heeft vergeleken met een overzicht, dat zij in 2018 van de zorgverzekeraar ontving. Hierin zijn diverse inconsistenties te zien. De zorgverzekeraar kan op basis van deze overzichten niet tot de conclusie komen, dat in bepaalde jaren niet het volledige zorgbudget is verbruikt.
- 3.7. Tijdens de hoorzitting van 14 januari 2026 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat zij dacht, dat tijdens de vorige hoorzitting was uitgekomen op ongeveer € 40.000,--. Afsproken was dat zij zoveel mogelijk kwitanties zou opsturen. Zij had weinig hulp en heeft haar best gedaan, maar het lijkt erop dat de zorgverzekeraar dit niet voldoende vond. Toch heeft zij een bedrag gestort gekregen van € 1.799,48. De brief ter zake is gestuurd op 30 december 2025 en het bedrag is overgemaakt op 31 december 2025, zonder enige verklaring. Verzoekster heeft eerder verklaard dat zij een schikkingsbedrag zou accepteren. Er is nu een klein bedrag overgemaakt, maar zij begrijpt er helemaal niets meer van. Er is alleen afsproken dat een deel van 2018 zou worden opgezocht. Daar heeft zij zonder hulp haar best voor gedaan. Er is veel contant betaald, maar er is nooit enige controle of voorlichting geweest over het PGB vv. Zij heeft daar vaak om gevraagd. Verzoekster heeft stapels reçu's. De fout ligt bij de zorgverzekeraar, want die is haar spullen kwijtgeraakt. Er wordt bij elk contactmoment steeds meer gevraagd. Nu lijkt het net of zij niet meewerkt. Zij heeft pas in 2018 een aparte bankrekening geopend voor het PGB vv; daarvoor kwam het geld op haar privérekening binnen en nam zij het contant op om het uit te betalen aan de zorgverleners.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de door verzoekster genoemde declaraties van het PGB vv voor de jaren 2015-2017 niet worden vergoed. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 31 oktober 2024 aangevoerd dat de rekeningen over de periode van 2015 tot 1 oktober 2017 nooit door hem zijn ontvangen. Bovendien zijn de rekeningen inmiddels te oud om alsnog in behandeling te nemen, gelet op het bepaalde in artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Nota's kunnen tot maximaal drie jaren na het begin van de behandeling worden ingediend. Met ingang van 1 oktober 2017 zijn de nota's in het kader van het PGB vv aan verzoekster vergoed.

- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat uit de gespreksnotities blijkt dat aan verzoekster diverse keren is toegezegd de nota's alsnog uit coulance in behandeling te nemen. Tijdens het telefoongesprek van 25 oktober 2024 is haar meegedeeld dat dit niet meer kan, omdat de termijn voor het indienen van de nota's is verstreken. Dit is haar ook bevestigd in de heroverweging van 31 oktober 2024. Tijdens de behandeling van de klacht in 2018 is aan verzoekster meegedeeld dat de zorgverzekeraar het betreurt dat de nota's zijn kwijtgeraakt. Hiervoor zijn door hem excuses aangeboden. Het deel van de nota's dat is teruggevonden is direct aan verzoekster vergoed. Aan haar is gevraagd het deel van de nota's dat is kwijtgeraakt nogmaals in te sturen. Dit is echter niet gebeurd. Intussen is het niet meer mogelijk de nota's te declareren. Dit volgt uit het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar (hierna: het reglement). Op basis daarvan dient zorg binnen drie maanden te worden gedeclareerd.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 15 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij van mening is dat hij verzoekster in 2018 voldoende mogelijkheid heeft geboden de zoekgeraakte nota's alsnog in te sturen om deze te verwerken. Verzoekster zou in dat jaar kopieën van de nota's aanleveren. Deze zijn echter niet door de zorgverzekeraar ontvangen. In 2021 nam verzoekster hierover contact op met de zorgverzekeraar. Wederom is haar gevraagd een kopie van het eerder verstuurd e-mailbericht mét de resterende nota's over te leggen. Deze stukken zijn ook toen helaas niet door hem ontvangen.
- 4.4. Tijdens de hoorzitting van 15 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het in het laatste voorstel ook ging over zorgkosten uit 2018, en die waren eerder geen onderdeel van het geschil. Daarom is de ziektekostenverzekeraar niet akkoord gegaan met het tegenvoorstel. De zorgverzekeraar wil wel een nieuw voorstel doen, waarin ook 2018 wordt betrokken, maar daarvoor zijn dan wel aanvullende stukken nodig. Verzoekster heeft een ING-rekening vanwaar de zorgverleners zijn betaald. Transacties kunnen worden opgevraagd en dit kan volgens ING tot tien jaar terug, zelfs als de rekening is gesloten. Op die manier weet de zorgverzekeraar dat alle kosten die worden gedeclareerd ook zijn gemaakt.
- 4.5. Bij brief van 21 november 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat tijdens de hoorzitting van 15 oktober 2025 is afgesproken dat verzoekster zoveel mogelijk bewijsstukken zou verzamelen over de periode van 2016-2018 die haar stelling onderbouwen dat PGB-zorg is geleverd en betaald die niet door de zorgverzekeraar is vergoed. De zorgverzekeraar heeft hierbij aangetekend dat 2018 eigenlijk nooit deel heeft uitgemaakt van het geschil, maar dat het bewijs dat hierover wordt geleverd, zal worden gecontroleerd. Uit coulance is de zorgverzekeraar bereid ook de contante betalingen hierin te betrekken, mits hiervan bewijs wordt geleverd. Over de gevraagde onkostenvergoeding is geen overeenstemming bereikt. Verzoekster heeft geen bankafschriften overgelegd met betrekking tot de jaren 2016 en 2017. Aan verzoekster is gevraagd om toestemming om contact te zoeken met de zorgverleners, maar deze is door haar niet gegeven. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat wordt benoemd dat de declaraties in 2017 zijn kwijtgeraakt. De zorgverzekeraar acht onaannemelijk dat declaraties in 2018 zijn kwijtgeraakt, en komt tot de conclusie dat over dit jaar geen bedrag aan verzoekster is verschuldigd.
- 4.6. Bij brief van 29 december 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoekster enkele kwitanties over de jaren 2016 en 2017 heeft overgelegd, die door hem zijn beoordeeld en leiden tot een aanvullende vergoeding van € 1.799,48.
- 4.7. Tijdens de hoorzitting van 14 januari 2026 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat een voorstel is gedaan om het budget van 2017 aan te vullen. Ook is een voorstel gedaan voor 2016. Er zijn toen nog geen transacties opgevraagd waarover eerder wel was gesproken. Ook in telefoongesprekken met verzoekster bleek dat het lastig was om kwitanties op te vragen. Daarna is een voorstel gedaan tot een minnelijke schikking. Verzoekster is niet akkoord gegaan met dit voorstel en heeft

doorgegeven dat ook 2018 onderdeel was van het geschil. Dit was eerder niet gesteld en daarmee is het eerdere voorstel komen te vervallen. Er is tijdens de hoorzitting van 15 oktober 2025 besproken hoe de benodigde gegevens konden worden opgevraagd, en, ondanks dat dit nooit onderdeel van het geschil is geweest, is toch nog naar 2018 gekeken. Er zijn alleen kwitanties van 2018 overgelegd, en het staat niet vast dat deze niet al zijn uitgekeerd. De zorgverzekeraar begrijpt niet waarom er wel een overzicht van de ING van 2018 kan worden overgelegd en niet van 2016 en 2017, want dit betreft alleen het aanpassen van de data in 'Mijn ING'. De zorgverzekeraar staat ervoor open zorg te vergoeden waarvan verzoekster kan aantonen dat zij die heeft betaald, maar dit moet wel kunnen worden onderbouwd door verzoekster. Er is veel miscommunicatie geweest. Het aanbod tot een schikking van kort voor de vorige zitting is komen te vervallen. Dat ging over 2016 en 2017. Daar zijn partijen niet uitgekomen. Op 3 oktober 2025 heeft verzoekster een tegenvoorstel gedaan van ongeveer € 61.000,-- en daarop is geantwoord dat daarmee het aanbod is komen te vervallen.

- 4.8. De contactmomenten die verzoekster nog heeft nagestuurd gekregen, betreffen een klacht uit juni 2018. Naar aanleiding daarvan was de mogelijkheid geboden om declaraties in te dienen. Namens verzoekster zijn stukken afgeleverd op het kantoor en daarvan zouden kopieën worden nagestuurd. Deze afspraak heeft de zorgverzekeraar niet kunnen terugvinden in het systeem. Een deel van de declaraties is later wel teruggevonden. Ook is verzoekster de mogelijkheid geboden om kwitanties in te dienen. Verzoekster kon ook nieuwe declaraties opmaken en deze indienen, maar dit heeft zij nooit gedaan. Ondanks de verjaring staat de zorgverzekeraar ervoor open dat verzoekster nu nog declaraties of kwitanties indient, maar daarvan moet zij wel bewijzen dat zij de kosten heeft gemaakt. De kwitanties uit 2016 en 2017 zijn coulant beoordeeld en vergoed. Later kwam verzoekster ook met nota's van 2018, die eerder niet zijn behandeld. De zorgkosten zijn ook al vanaf 1 januari 2018 ingediend en vergoed. De zorgverzekeraar vindt het niet aannemelijk dat de declaraties uit 2018 óók zijn kwijtgeraakt. Verzoekster heeft aangegeven dat elk jaar het volledige budget wordt verbruikt, maar uit latere jaren blijkt dit niet. Daarom kan niet ervan worden uitgegaan dat elk jaar het volledige budget is besteed. Het is dan niet redelijk om zonder overlegging van betalingsbewijzen uit te keren, terwijl deze wel kunnen worden aangeleverd. Het is niet zo dat de zorgverzekeraar niet wil vergoeden, maar er moet bewijs zijn dat deze bedragen daadwerkelijk zijn betaald aan de zorgverleners.
- 4.9. Bij brief van 13 februari 2026 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat tijdens de hoorzitting van 14 januari 2026 is afgesproken dat verzoekster declaraties, kwitanties en bankafschriften uit 2016 en 2017 zou aanleveren. Verzoekster heeft diverse stukken aangeleverd, die alle zijn beoordeeld. Verder heeft verzoekster meerdere malen verzocht om een financiële tegemoetkoming voor onder andere het openhouden van een ING-rekening, het inschakelen van 5,5 dagen extra hulp en een bedrag van € 200,-- vanwege het afzeggen van een bouwafpraak. De zorgverzekeraar merkt hierover op dat deze kosten niet nader zijn onderbouwd en bovendien niet redelijk zijn. Ook hangt de bouwafpraak niet samen met niet vergoede zorg. De beoordeling van de nota's heeft evenwel geleid tot de conclusie dat een aanvullend bedrag van € 8.490,91 aan verzoekster zal worden vergoed. Hierin zijn ook de bewezen contante betalingen opgenomen, hoewel op basis van het reglement contante betalingen niet zijn toegestaan.

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 bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. In artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat originele nota's samen met een declaratieformulier naar de zorgverzekeraar kunnen worden gestuurd. In een apart tekstkader staat bij 'online declareren' dat nota's ook digitaal kunnen worden gedeclareerd en dat in dat geval de originelen een jaar lang moeten worden bewaard in verband met een mogelijke controle. In het artikel staat verder dat nota's tot maximaal drie jaren na het begin van de behandeling ter declaratie bij de zorgverzekeraar kunnen worden ingediend. Dit laatste is in lijn met artikel 7:942, eerste lid, BW.

In het artikel is niet de mogelijkheid genoemd nota's op het kantoor van de zorgverzekeraar langs te brengen. Tussen partijen staat echter vast dat de zorgverzekeraar deze mogelijkheid zelf aan verzoekster heeft aangereikt, zodat dit punt geen verdere bespreking behoeft. Door de zorgverzekeraar is in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 februari 2025 bovendien geschreven dat na het indienen van een klacht "*een deel van de declaraties [is] teruggevonden*". Dat in 2017 fysieke nota's zijn aangeleverd bij de zorgverzekeraar staat daarmee vast. Datzelfde geldt voor het zoekraken van een deel van die declaraties. De vraag is vervolgens of in 2017 ook nota's zijn ingediend die betrekking hadden op het PGB vv over 2015-2017.

- 6.3. Verzoekster heeft geen kopieën gemaakt van de destijds namens haar ingediende nota's. Hoewel de zorgverzekeraar excuses heeft aangeboden voor het zoekraken van een deel van deze nota's, maakt dit nog niet vaststaat dat nota's in verband met het PGB vv over 2015-2017 zijn aangeleverd onderscheidenlijk dat deze tot een te vergoeden bedrag van ongeveer € 30.000,-- leiden. Verzoekster heeft dit alles niet aannemelijk gemaakt. Haar stelling in dit verband dat de stapel met nota's zo groot was dat het voor haar niet mogelijk was deze alle te kopiëren, overtuigt de commissie niet van het tegendeel. Daarbij valt niet in te zien waarom ook een grote stapel originelen praktisch gezien niet te kopiëren zou zijn.

- 6.4. Voorts is niet gebleken dat verzoekster in de periode dat de PGB vv-nota's zouden zijn zoekgeraakt, hierover contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. Daartoe bestond naar het oordeel van de commissie wel aanleiding, mede in het licht van het significante bedrag waarom het gaat. De commissie kan verder nergens uit afleiden dat verzoekster contact heeft gezocht met de zorgverlener(s) om via die weg kopieën van de originelen te verkrijgen, hoewel die mogelijkheid haar in 2018 door de zorgverzekeraar werd geboden. Volgens de zorgverzekeraar zou verzoekster daarvan ook gebruik gaan maken. Het laatste is door verzoekster onvoldoende gemotiveerd betwist, zodat de commissie dat als vaststaand aanneemt.

Tijdens de procedure heeft verzoekster ook de nota's ter zake het PGB vv voor 2018 in het geding gebracht. De commissie kan de zorgverzekeraar volgen in zijn stellingen dat deze nota's geen onderdeel waren van het oorspronkelijke geschil en dat het onwaarschijnlijk is dat de desbetreffende nota's eveneens zouden zijn zoekgeraakt.

Het voorgaande leidt ertoe dat op basis van de voorwaarden geen aanspraak (meer) bestaat op vergoeding van de nota's in verband met het PGB vv over de jaren 2015-2018.

- 6.5. De zorgverzekeraar heeft uit coulance besloten de betalingen alsnog als bewijs te accepteren, zowel de girale als contante, en hiervoor vergoedingen te verlenen van € 1.799,48 respectievelijk € 8.490,91. De commissie zal in die beslissing van de zorgverzekeraar niet treden.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 april 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de naam en paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar mijn.vgz.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.