



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem  
Zaak : EU-EER, België, declaraties GGZ, privacy  
Zaaknummer : 201800394  
Zittingsdatum : 31 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017 en 2018, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017 en 2018)

---

1. Partijen

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


VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Beter, VGZ Tand Beter en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een tweetal nota's ten bedrage van totaal € 601,-- ter zake van door haar in België genoten zorg (hierna: de aanspraak). Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de onder 3.1 bedoelde nota's alsnog uit coulance te zullen vergoeden.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 juli 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd was bij haar aanvullende (medische) informatie op te vragen, en (ii) dat hij gehouden is de kosten van de door haar in België ondergane behandelingen alsnog volledig te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.


 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2018 aan verzoekster gezonden waarna zij bij brief van 25 september 2018 hierop heeft gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 12 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd waarna zij bij brieven van 12 en 18 oktober 2018 heeft gereageerd. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 september 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster stelt dat zij op 18 en 21 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties heeft ingediend ter zake van door haar in België genoten zorg. De betreffende zorg is verleend door een in België erkende psycholoog/gedragstherapeut en een eveneens in België erkende psychiater. In plaats van de ingediende declaraties ten bedrage van totaal € 601,-- te vergoeden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 29 december 2017 verzocht hem aanvullende informatie te zenden. Dit verzoek is volgens haar de kern van haar klacht richting de ziektekostenverzekeraar. Door de afdelingsmanager van de declaratieafdeling worden namelijk persoonlijke, medische en vertrouwelijke gegevens opgevraagd, die vervolgens door niet-medici worden beoordeeld. Door het toezenden van de gevraagde gegevens wordt de privacy van verzoekster onnodig geschaad.

 4.2. Ondanks het feit dat verzoekster ernstige bezwaren heeft tegen het opvragen van de betreffende gegevens, heeft zij bij brief van 15 februari 2018 de gevraagde informatie overgelegd. Nadien heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar bij verschillende brieven erop gewezen dat de gegevens irrelevant zijn. Pas op 16 april 2018 ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een brief met daarin tegenstrijdige informatie. Op de eerste bladzijde staat dat de ingediende declaraties niet voor vergoeding in aanmerking komen, terwijl op de tweede bladzijde wordt vermeld dat verzoekster op korte termijn een vergoeding van de kosten tegemoet kan zien.

 4.3. Omdat verzoekster nadien geen enkele vergoeding ontving, heeft zij zowel op 26 april 2018 als op 26 mei 2018 de ziektekostenverzekeraar verzocht de betreffende declaraties alsnog te vergoeden. Omdat de ziektekostenverzekeraar ook andere ingediende declaraties niet wilde vergoeden en daarnaast niet reageerde op brieven, heeft verzoekster de kwestie bij de commissie onder de aandacht gebracht. Dat de ziektekostenverzekeraar bij de verwerking van declaraties fouten maakt, blijkt ook uit het feit dat zij twee andere declaraties ten bedrage van € 138,83 en € 22,48 na lang reclameren alsnog vergoed heeft gekregen. Verzoekster vermoedt dat zij voor de jaren 2017 en 2018 nog voor enkele duizenden euro's tegoed heeft van de ziektekostenverzekeraar. Gezien alle tekortkomingen van de ziektekostenverzekeraar vordert verzoekster nu een bedrag van € 2.250,--). Genoemd bedrag is inclusief de kosten die zij heeft moeten maken om de declaraties alsnog vergoed te krijgen.

 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij van verzoekster eind 2017 een tweetal declaraties heeft ontvangen ter zake van door haar genoten zorg in België. De eerste nota heeft betrekking op een behandeling door een klinisch psycholoog/gedragstherapeut; de tweede op een behandeling in een dokterspraktijk. Omdat uit beide nota's niet blijkt of deze voor vergoeding in aanmerking komen, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 29 december 2017 en 3 januari 2018 verzoekster verzocht meer (medische) informatie te verstrekken. Omdat verzoekster de gevraagde informatie niet heeft overgelegd, is besloten vergoeding van de kosten af te wijzen.
- 5.2. In het kader van de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende declaraties opnieuw bekeken. Gebleken is hierbij dat de betreffende behandelaar staat ingeschreven in het register voor klinisch psychologen. Onduidelijk is echter of zij ook een post-doctorale opleiding psychotherapie heeft gevolgd. Deze informatie is noodzakelijk om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak heeft op Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg of op Generalistische Basis GGZ. Om die reden is aan verzoekster gevraagd of zij het diploma van de behandelaar kan opsturen. Verder is aan verzoekster gevraagd meer informatie te verschaffen over de voorgeschiedenis, de DSM IV-codering, probleemstelling en behandelmethode. Ondanks het feit dat de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie tot op heden niet heeft ontvangen, is verzoekster bij brief van 16 april 2018 medegedeeld dat de betreffende nota's uit coulance zullen worden vergoed. Anders dan verzoekster stelt, is het bedrag van € 601,-- niet geheel aan haar betaald. Een bedrag van € 551,-- is namelijk verrekend en alleen het restant (€ 50,--) is aan verzoekster overgemaakt.
- 5.3. Verzoekster heeft verder gesteld dat zij een groot aantal nota's ter declaratie heeft ingediend die door de ziektekostenverzekeraar niet (volledig) zijn vergoed. In reactie hierop voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij verzoekster bij verschillende gelegenheden duidelijkheid heeft gegeven over de ingediende declaraties. Samengevat komt het erop neer dat de nota's zijn afgewezen ofwel omdat de genoten zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering valt, ofwel omdat de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is bereikt. Voor zover wel dekking bestond op basis van de zorgverzekering geldt dat een deel van de betreffende declaraties is verrekend met eigen risico.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is (i) of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was bij verzoekster aanvullende (medische) informatie op te vragen, alsmede (ii) of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde nota's uit België alsnog volledig te vergoeden (hierna: het verzoek).

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Omschrijving*

*U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.*

*(...)*

*Toestemming*

*U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnosebehandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)"*

8.4. De artikelen 24 en 25 van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat. Genoemde artikelen luiden, voor zover hier van belang:

**"Artikel 24. Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

*Omschrijving*

*Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op generalistische basis GGZ zoals klinisch-psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. Samen met uw regiebehandelaar maakt u een behandelplan waarin u afsprekt welke zorg u nodig hebt en hoe lang de zorg gaat duren. Uw regiebehandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg u recht hebt.*

*Generalistische basis GGZ*

*De generalistische Basis GGZ is bedoeld voor mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen, of mensen met stabiele chronische problematiek met een laag risico. Generalistische basis GGZ wordt altijd ambulante gegeven. Dit betekent dat u regelmatig een bezoek brengt aan uw zorgaanbieder voor uw behandeling. De zorgaanbieder kan u ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling.*

*De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hier aan voldoen in het dynamisch overzicht GGZ. U kunt voor informatie ook terecht bij uw zorgaanbieder. (...)*

**Artikel 25. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

*Omschrijving*

*Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.*

*Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw regiebehandelaar. Uw regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.*

### Gespecialiseerde GGZ

*Bij gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. Gespecialiseerde GGZ kan bij de meeste psychische stoornissen ambulante gegeven worden. Dit betekent dat u regelmatig een bezoek brengt aan uw zorgaanbieder voor uw behandeling. De zorgaanbieder kan u ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling. In sommige situaties is een opname in een GGZ-instelling medisch noodzakelijk. Zie hiervoor artikel 37, Verblijf.*

*De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in het dynamisch overzicht GGZ. U kunt voor informatie ook terecht bij uw zorgaanbieder. (...)"*

- 8.5. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"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 hebt 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.*

*(...)*

*9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland*

*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 hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt 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 op uw zorgpas en op onze website."*

- 8.6. Artikel 4 van de zorgverzekering regelt de algemene verplichtingen van de verzekeringnemer, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"U bent verplicht:*

*(...)*

*- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de zorgverzekering;*

*- de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur; (...)"*

- 8.7. De artikelen 4, 9, 15, 24 en 25 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast

zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch specialistische zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.10. Artikel 17 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*“Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren.”*

- 8.11. Artikel 24 van Vo 887/2009 luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Voor de toepassing van artikel 17 van de basisverordening zijn de verzekerde en/of zijn gezinsleden verplicht zich te laten inschrijven bij het orgaan van de woonplaats. Hun recht op verstrekkingen in de lidstaat van de woonplaats blijkt uit een verklaring die door het bevoegde orgaan op verzoek van de verzekerde of op verzoek van het orgaan van de woonplaats is verstrekt.*

*2. Het in lid 1 bedoelde document blijft geldig totdat het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats in kennis stelt van de intrekking ervan.*

*Het orgaan van de woonplaats stelt het bevoegde orgaan in kennis van iedere inschrijving overeenkomstig lid 1 en van iedere wijziging of schrapping daarvan.*

*3. Dit artikel is van overeenkomstige toepassing op de in de artikelen 22, 24, 25 en 26 van de basisverordening bedoelde personen.”*

9. Beoordeling van het geschil

### **Opvragen aanvullende (medische) informatie**

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van een tweetal nota's ten bedrage van totaal € 601,--. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze nota's aanvankelijk afgewezen om reden dat hij op basis van de bij hem beschikbare informatie niet kon beoordelen of de geleverde zorg voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen, heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster aanvullende (medische) informatie opgevraagd, waaronder betreffende de opleiding van de behandelaar, de voorgeschiedenis, de probleemstelling en de behandelmethode. Verzoekster heeft, om haar moverende redenen, de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde (medische) informatie niet willen verstrekken, hoewel zij daartoe op grond van artikel 4 van de zorgverzekering verplicht is. Dat de ziektekostenverzekeraar meer informatie heeft opgevraagd dan nodig is voor de

uitvoering van de zorgverzekering - zoals door verzoekster is gesteld - ziet de commissie niet in. De gevraagde informatie is immers noodzakelijk om te beoordelen of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, of de behandeling is aan te merken als generalistische Basis GGZ of als gespecialiseerde GGZ en of verzoekster naar aard en omvang redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. Aangezien verzoekster haar medewerking weigerde, stond het de ziektekostenverzekeraar, op grond van artikel 4 van de zorgverzekering, vrij vergoeding van de kosten te weigeren. Dat de ziektekostenverzekeraar later heeft besloten de betreffende kosten alsnog coulancehalve te vergoeden, maakt dit niet anders. Naar de commissie begrijpt, is het bedrag van € 601,-- deels verrekend en deels aan verzoekster vergoed. Door haar is dit niet bestreden.

### Vergoeding declaraties België

- 9.2. Vast staat dat verzoekster in België woont en inkomsten heeft uit Nederland. Vanwege het werklanbeginsel van artikel 11, derde lid, van Vo. nr. 883/2004 is verzoekster in Nederland verzekeringsplichtig. Nederland is daarmee de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van de zorg. Verzoekster kan, op grond van artikel 17 van genoemde verordening, kiezen of zij gebruik wil maken van de zorg in Nederland volgens de zorgverzekering, dan wel in België volgens het Belgische wettelijke stelsel. Artikel 24 van Vo. nr. 987/2009 bepaalt dat een verzekerde pas aanspraak kan maken op de verstrekkingen in de lidstaat van de woonplaats indien hij zich heeft aangemeld bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. Uit de brief van 3 augustus 2018 van verzoekster blijkt dat zij zich niet heeft aangemeld bij de Belgische mutualiteit. Dit is een keuze van verzoekster, evenwel met de mogelijke consequentie dat kosten die niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht, evenmin kunnen worden gedeclareerd bij de mutualiteit, ook niet als onder het Belgische stelsel wel aanspraak op vergoeding bestaat. Met betrekking tot de vraag of, en in hoeverre, de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door verzoekster ingediende declaraties ten laste van de zorgverzekering te vergoeden, overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar verschillende ter declaratie ingediende nota's ter zake van in België genoten zorg niet heeft vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoekster bestreden en aangevoerd dat de nota's niet zijn vergoed omdat ofwel de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de zorg, ofwel omdat de maximale vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering is bereikt. Daarnaast zijn nota's verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico. De commissie stelt vast dat verzoekster deze verklaring van de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd heeft bestreden en enkel heeft aangevoerd dat zij in het verleden wel een vergoeding voor bepaalde zorg heeft ontvangen. Deze enkele omstandigheid brengt naar het oordeel van de commissie niet met zich dat de ziektekostenverzekeraar op een later tijdstip ingediende declaraties voor dezelfde zorg ook zonder meer moet vergoeden. Aangezien verzoekster daarnaast niet heeft onderbouwd waarom het standpunt van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de individuele nota's onjuist is en de betreffende nota's wél zouden moeten worden vergoed, is de commissie van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding hiervan te weigeren.

### Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.





10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

