

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202202007

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.,
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van een uitgebreid laboratoriumonderzoek, uitgevoerd in Duitsland, ten bedrage van € 839,20 volledig te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de maximale vergoeding op basis van de in Nederland toepasselijke DBC-code € 243,79 bedraagt. Ten laste hiervan zijn al diverse vergoedingen verleend, zodat ter zake van de laboratoriumkosten het restant van € 39,37 is vergoed.
- 1.2. De commissie overweegt dat partijen uitsluitend verdeeld zijn over de hoogte van de vergoeding. Verzoekster heeft verwezen naar DBC-code 14B180, met een maximumtarief van € 1.710,80, waaruit de kosten van het laboratoriumonderzoek zouden kunnen worden voldaan.
De commissie stelt vast dat genoemde DBC-code is gehanteerd voor een eerdere zorgvraag bij een andere zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar is dus terecht uitgegaan van een nieuwe zorgvraag, en na invulling van de variabelen heeft hij afgeleid naar DBC-code 14B194, met een maximumtarief van € 243,79. Ten laste van deze DBC werden al vergoedingen verleend tot een totaalbedrag van € 204,52 zodat nog € 39,37 resteerde voor de onderhavige laboratoriumkosten. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Het verzoek wordt daarom afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 24 juli 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 22 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 september 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 2 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023039854) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 november 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Verzoekster heeft op 22 november 2023, zoals ter zitting is afgesproken, aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 30 november 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij de mogelijkheid heeft gekregen hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 december 2023 gereageerd. Een kopie van die brief is op 7 december 2023 ter informatie aan verzoekster gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 13 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd. Daarbij heeft de commissie vragen gesteld aan het Zorginstituut en gevraagd of het voorlopig advies van 2 november 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Een kopie van het definitieve advies is op 24 januari 2024 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 2 februari 2024 gereageerd. Een kopie van haar brief is op 5 februari 2024 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Pechvogelhulp (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met endometriose en subfertiliteit. In verband met subfertiliteit is een IVF-traject gestart bij Gelre Ziekenhuizen. De behandelend arts aldaar verwees verzoekster op 31 mei 2021 voor een second opinion. Op 1 maart 2022 had zij een virtueel consult bij het Kinderwunschcentrum Heinsberger Höfe GbR (hierna: het Kinderwunschcentrum). Bij e-mailbericht van 30 juni 2022 en een op die datum ingevuld 'Aanvraagformulier Buitenland' heeft verzoekster een aanvraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar voor een in Duitsland, door een derde partij uit te voeren uitgebreid laboratoriumonderzoek.
- 3.3. Bij brief van 25 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn toestemming op grond van (EG) Verordening nr. 883/2004 geweigerd en de aanvraag op basis van de zorgverzekering afgewezen, omdat geen sprake is van verzekerde zorg. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat onduidelijk is welke onderzoeken gaan plaatsvinden, dat er eerder al laboratoriumonderzoek in België is uitgevoerd, en dat een verwijzing voor het onderzoek ontbreekt.
- 3.4. Bij brief van 10 augustus 2022 schrijft het Kinderwunschcentrum aan de ziektekostenverzekeraar voornemens te zijn bij verzoekster een IVF-behandeling uit te voeren.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 15 augustus 2022 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging van zijn afwijzende beslissing van 25 juli 2022, onder toezending van het e-mailbericht van diezelfde datum van het Kinderwuschzentrum en de factuur van het laboratoriumonderzoek ter hoogte van € 839,20 (Rechnung 2022-4644). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 augustus 2022 hierop gereageerd, waarbij hij heeft toegelicht dat bij verzoekster twee zorgvragen aan de orde zijn. Een bedrag van € 54,86 (voor laboratoriumonderzoek op 4 mei 2022) was ten onrechte afgewezen en wordt voor de zorgvraag 'infertiliteit' aan verzoekster nabetaald.
- 3.6. Bij e-mailbericht van 9 september 2022 heeft verzoekster nogmaals om heroverweging gevraagd. Bij brief van die zelfde datum heeft de behandelend gynaecoloog van het Kinderwuschzentrum een toelichting gegeven, waarbij hij heeft verklaard dat samen met de reguliere work-up voor een IVF behandeling gericht laboratoriumonderzoek werd ingezet en dat daarbij hypothyreoïe is vastgesteld, waarvoor verzoekster inmiddels wordt behandeld. Bij brief van 6 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld het ingenomen standpunt te handhaven. Verzoekster heeft zich hierop tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar € 39,37 ter zake van de factuur van € 839,20 heeft nabetaald.
- 3.7. Bij brief van 2 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 24 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het uitgebreide laboratoriumonderzoek, op 23 mei 2022 uitgevoerd in Duitsland, ten bedrage van € 839,20 volledig te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster licht in het klachtenformulier van 25 november 2022 toe dat zij in België wordt behandeld in verband met endometriose, en in Duitsland vanwege 'infertiliteit'. Deze beide behandelingen staan los van elkaar. Bij een beperkt bloedonderzoek in België kwamen "schokkende resultaten" naar voren. Deze gaven aanleiding tot een uitgebreid laboratoriumonderzoek in Duitsland, dat plaatsvond op 23 mei 2022. Volgens verzoekster dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van dit onderzoek, ten bedrage van € 839,20, volledig te vergoeden. Niet alleen was eerder een verhoogde TSH-waarde vastgesteld, maar daarnaast is de familieanamnese van verzoekster positief voor stollingsstoornissen en was het onderzoek nodig in het kader van de work-up voor de IVF-behandeling bij het Kinderwuschzentrum. In haar brief aan de commissie van 24 juli 2023 stelt verzoekster vast dat op basis van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC-code 14B194 declaraties zijn vergoed van € 145,-, € 40,23 en € 19,19. Hierdoor bleef er maar een beperkt te vergoeden bedrag over voor het in Duitsland uitgevoerde laboratoriumonderzoek. Verzoekster meent dat de desbetreffende kosten moeten worden vergoed onder een andere DBC-code, te weten 14B180, met een maximumtarief van € 1.710,80. Deze DBC-code wordt ook door de ziektekostenverzekeraar aangehaald in zijn brief van 30 augustus 2022. Daarin schrijft hij dat de kosten van (laboratorium)onderzoeken voor de zorgvraag infertiliteit onder deze DBC code vallen en dat daarvoor in 2022 maximaal € 1.710,80 wordt vergoed. Verzoekster was in 2022 (en is nog steeds) bij de zorgaanbieder in Duitsland voor de zorgvraag infertiliteit in behandeling. Daarnaast liep de eerdere DBC tot 18 mei 2022, zodat voor het laboratoriumonderzoek op 23 mei daaropvolgend een nieuwe moest worden geopend.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, bevestigd dat de behandeling in Duitsland verband hield met de kinderwens en die in België met de endometriose.

Daarnaast heeft zij toegelicht dat de behandeling in België, waarvoor de ziektekostenverzekeraar DBC-code 14B180 heeft toegekend, verband hield met een kijkoperatie. Verder heeft zij in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn advies zorgactiviteiten apart heeft benoemd. Wellicht kan vergoeding van de laboratoriumkosten via die weg plaatsvinden. Zij heeft zelf de tarieven bij de door het Zorginstituut genoemde DBC-codes/zorgactiviteiten gezocht. Overigens is de door het Zorginstituut gebruikte omschrijving van DBC-code 14B180 anders dan die van de ziektekostenverzekeraar.

Uit het verrichte laboratoriumonderzoek is gebleken dat verzoekster een vitamine D tekort had en een probleem met haar schildklier. Zij heeft hiervoor medicatie gekregen en in Nederland is vervolgens nog een keer bloedonderzoek verricht om te kijken of de waarden hierdoor op het juiste niveau waren gebracht. Hiervoor zijn aparte zorgactiviteiten in rekening gebracht en vervolgens vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Naar aanleiding van de uitslagen van het bloedonderzoek heeft verzoekster het middel Femoston voorgeschreven gekregen en daarna is de IVF-behandeling gestart. Zij is per 1 september 2022 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en de vergoeding van de IVF-behandeling is via deze nieuwe verzekeraar gelopen.

- 4.4. Verzoekster heeft na de hoorzitting aanvullende informatie aan de commissie gestuurd, te weten het declaratieoverzicht van de laboratoriumonderzoeken die in de Gelre Ziekenhuizen hebben plaatsgevonden, haar overzicht met de in Duitsland verrichte laboratoriumonderzoeken en haar berekening van de vergoeding hiervoor, het 'Overzicht maximale vergoedingen Buitenlandse Ziekenhuizen 2022' van de ziektekostenverzekeraar, een tarievenoverzicht van het Medisch Centrum Leeuwarden en een overzicht van het Medisch Centrum Leeuwarden met gecontracteerde verzekeraars.
- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 2 februari 2024 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoekster merkt op dat in de, op 22 november 2023 door haar toegestuurde, berekening van de vergoeding al was vermeld dat de twee consulten in Duitsland totaal € 455,55 hadden gekost. Daarom kan het volgens haar niet zo zijn dat in de door de ziektekostenverzekeraar berekende maximale vergoeding van € 243,79 ook de laboratoriumkosten zijn begrepen. Verder verwijst verzoekster naar de website www.normenkaderzorg.nl. Hier is vermeld dat een laboratoriumonderzoek, dat wordt verricht op verzoek van een derde (bijvoorbeeld de huisarts) niet onder de DBC valt. Volgens verzoekster zijn de laboratoriumonderzoeken in Duitsland verricht op verzoek van de arts in België, omdat het in België verrichte bloedonderzoek een afwijkende uitslag had die ook van invloed kon zijn op haar kinderwens. Daarom moet volgens haar een nieuwe DBC worden geopend voor het laboratoriumonderzoek. Zij benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar eerder zelf heeft gesteld dat laboratoriumonderzoek voor infertiliteit ook valt onder DBC-code 14B180. Dat er sprake was van een lopende DBC 14B180, doet er niet toe, omdat die DBC bij een andere zorgaanbieder liep en voor iedere zorgaanbieder een aparte DBC moet worden geopend.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 30 augustus 2022 aan verzoekster verklaard dat op basis van de zorgvraag vanwege 'infertiliteit' DBC-code 14B180 'Kijkoperatie en onderzoek in de baarmoeder en/of buikholte bij verminderde vruchtbaarheid' is vastgesteld, met een maximumtarief van € 1.710,80. Deze DBC-code heeft een looptijd van 120 dagen. De startdatum van deze DBC-code is 18 januari 2022 en de einddatum van deze DBC-code is 18 mei 2022. Onder de vergoeding vallen ook de kosten voor consulten, (laboratorium)onderzoeken en controles. Voor de tweede zorgvraag (endometriose/cyclusstoornis) is uitgegaan van DBC-code 15D659 'Uitgebreide operatie bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/eileider' met een maximumtarief van € 4.181,85 en een looptijd van 42 dagen. De startdatum van deze DBC-code is 28 maart 2022 en de einddatum is 9 mei 2022. Onder de vergoeding vallen ook de kosten voor consulten, (laboratorium)onderzoeken en controles. De kosten van het op 4 mei 2022 in België uitgevoerde laboratoriumonderzoek (€ 83,68) vallen onder de eerste zorgvraag ('infertiliteit'). Nadat € 28,82 was vergoed, is later besloten tot een nabetaling van € 54,86.

Voor de zorg in Duitsland is een nieuwe DBC-code vastgesteld, te weten 14B194 '1 of 2 polikliniekbezoeken/consulten op afstand bij verminderde vruchtbaarheid' met een bijbehorend maximumtarief van € 243,79. Uitgekeerd werd reeds € 204,52. Voor het in Duitsland uitgevoerde laboratoriumonderzoek is het restant van € 39,37 vergoed.

Het betreft hier geen second opinion, aangezien uit het e-mailbericht van verzoekster van 3 februari 2023 duidelijk blijkt dat zij niet de intentie had voor verdere behandeling terug te keren naar de arts waar zij onder behandeling was, namelijk die van de Gelre Ziekenhuizen.

- 5.2. In zijn brief van 22 september 2023 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het maximumtarief van € 243,79 is gepubliceerd op zijn website. Verder licht de ziektekostenverzekeraar toe dat de DBC is gestart op 1 maart 2022. De looptijd van een zorgproduct met poliklinische zorg is 120 dagen. Op 1 maart 2022 heeft een consult plaatsgevonden en aanvullend is laboratoriumonderzoek verricht tussen 17 en 23 mei 2022. Zowel het consult als het bloedonderzoek valt binnen de looptijd van het zorgproduct en dat leidt tot zorgproduct: 972804034 met DBC-code 14B194. Of er wel of geen sprake is van een lopend IVF-traject heeft hier geen invloed op. De diagnosegroep voor het zorgproduct is hetzelfde, namelijk 'F21- gespecialiseerde technieken'.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet weet hoe het komt dat het Zorginstituut een andere omschrijving heeft voor DBC-code 14B180. Verder licht hij toe dat het Zorginstituut de verrichte handelingen in de zogenoemde 'grouper' zal hebben ingevoerd en dat resulteert in een DBC-zorgproduct.
De DBC-systematiek kan ertoe leiden dat soms heel veel wordt gedaan voor relatief weinig geld. De hoeveelheid onderzoeken/verrichtingen heeft dan weinig invloed op de uitkomst van de DBC. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd kon de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting niet zeggen of een (kijk)operatie een voorwaarde is voor het toekennen van DBC-code 14B180, maar dat hij zich wel kon voorstellen dat een operatie van invloed is op de DBC die van toepassing is.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 december 2023 aan de commissie meegedeeld dat de laboratoriumonderzoeken die zijn uitgevoerd door de Gelre Ziekenhuizen inderdaad door hem zijn vergoed. Deze onderzoeken zijn gedeclareerd als eerstelijnsdiagnostiek en niet als medisch specialistische zorg. Bij eerstelijnsdiagnostiek kunnen onderzoeken afzonderlijk worden vergoed. Onderzoeken die plaats vinden in het kader van een medisch-specialistisch behandeltraject, moeten worden bekostigd vanuit de toepasselijke DBC.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 2 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Adviestaak Zorginstituut

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit geschil heeft hier geen betrekking op. Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen was op deze zorg.

Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot het toepasselijke DBC-zorgproduct.

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreeerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Verweerder heeft twee DBC-zorgproducten vastgesteld in verband met de voorbereiding van verzoekster op de tweede ivf-behandeling. Voor de zorgvraag infertiliteit is DBC-zorgproduct 972804018 met code 14B180 (looptijd 18 januari tot 18 mei 2022) vastgesteld. Hoewel de gegevens in het dossier ontbreken, gaat het Zorginstituut ervan uit dat bij dit DBC-zorgproduct de bijbehorende zorgactiviteiten hebben plaatsgevonden.

Daarnaast heeft verweerder voor dezelfde zorgvraag DBC-zorgproduct 972804034 met code 14B194 (looptijd 1 maart tot 1 juli 2022) vastgesteld. De behandelaar is van plan te starten met een ivf-behandeling waarvoor een offerte is ingediend, exclusief de kosten voor medicatie, de narcose en voorafgaande bloedonderzoeken.

Een DBC-zorgproduct wordt aangemaakt naar aanleiding van feitelijk verrichte zorgactiviteiten. Allereerst, ervan uitgaande dat na 18 mei 2022 ter voorbereiding op een nieuwe ivf-poging alleen het uitvoerige laboratoriumonderzoek plaatsvond, is het vaststellen van een vergoeding op basis van een nieuw te openen DBC-zorgproduct 972804018, zoals verzoekster suggereert, niet van toepassing. Ten tweede mogen er in een overlappende periode niet meerdere DBC-zorgproducten worden geopend voor dezelfde zorgvraag, zoals verweerder wel gedaan lijkt te hebben.

Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoekster. Uitgaande van de beschikbare informatie in het dossier, zijn de gegevens als volgt:

- Specialisme: 0307 Obstetrie en gynaecologie
- Diagnose: 0307.FII Oriënterend fertiliteitsonderzoek/basale behandeling vrouw
- (...)

Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproduct 972804034 gevonden. De omschrijving hiervan is: Gynaecologie - vrouw | Licht ambulant | Infertiliteit. Het afgeleide DBC-zorgproduct geldt na 18 mei 2022.

Het uitgebreide laboratoriumonderzoek had ook onder de aangevraagde nog uit te voeren ivf-behandeling kunnen vallen. Het laboratoriumonderzoek is echter feitelijk uitgevoerd in de periode voorafgaand aan de aanvraag voor de nieuwe ivf-poging. Daarnaast leidt het opvoeren van de laboratoriumonderzoeken als zorgactiviteit bij casus afleiden bij een ivf-traject niet tot een uitgebreidere/zwaardere, dus een ander DBC-zorgproduct.

Conclusie

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en geeft enkel op verzoek van de SKGZ aan wat het meest passende DBC-zorgproduct is. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproduct 972804034, met start na 18 mei 2023, het meest passend lijkt te zijn bij de het uitgevoerde laboratoriumonderzoek in Duitsland.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 972804034 het meest passend lijkt te zijn bij het uitgevoerde laboratoriumonderzoek in Duitsland."

- 6.2. In het definitief advies van 24 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"In uw brief merkt u op dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut is vermeld dat verweerder voor dezelfde zorgvraag een tweede DBC-zorgproduct heeft vastgesteld (zowel 14B180 als 14B194, waarbij de looptijd overlapt). Tijdens de hoorzitting is door verzoekster duidelijk gemaakt dat zij in België is behandeld in verband met endometriose en in Duitsland in verband met infertiliteit. Voor de behandeling in België zijn twee DBC-zorgproducten (14B180 en 15D659) toegepast en voor de behandeling in Duitsland één DBC-zorgproduct (14B194). DBC-zorgproduct 14B180 had een

looptijd tot en met 18 mei 2022. De 'overlappende' DBC-zorgproducten lopen derhalve bij twee verschillende zorgaanbieders en zijn toegepast in verband met twee verschillende zorgvragen.

U vraagt of het voorgaande leidt tot aanpassing van het voorlopig advies. Dit is niet het geval. Wel is nu duidelijk dat de zorg plaatsvond bij verschillende zorgaanbieders, waardoor er twee verschillende DBC-zorgproducten zijn geopend met betrekking tot dezelfde zorgvraag.

Daarnaast vraagt de commissie het Zorginstituut toe te lichten of het op pagina 4 van het voorlopig advies genoemde DBC-zorgproduct dezelfde is als het DBC-zorgproduct die verweerder heeft toegepast (14B194) en die verweerder omschrijft met '1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij verminderde vruchtbaarheid'.

Het Zorginstituut merkt op dat het hetzelfde DBC-zorgproduct betreft, namelijk 972804034 (14B194). Verweerder heeft de consumentenomschrijving (1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij verminderde vruchtbaarheid) gebruikt, het Zorginstituut de medische omschrijving (Gynaecologie - vrouw | Licht ambulante | Infertiliteit).

Het derde punt uit uw brief, dat op 1 september 2022 een ivf-traject is opgestart en verzoekster sindsdien verzekerd is bij een andere zorgverzekeraar, neemt het Zorginstituut voor kennisgeving aan. Deze informatie leidt niet tot aanpassing van het voorlopig advies."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, alsmede die uit (EG) Verordening 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten Duitsland, gegaan teneinde daar op 23 mei 2022 uitgebreid laboratoriumonderzoek te laten uitvoeren. Dit betreft planbare zorg en hierop ziet artikel 20 van (EG) Verordening 883/2004. Verzoekster heeft niet vooraf toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. De aanvraag per e-mail en het 'Aanvraagformulier Buitenland' dateren immers van 30 juni 2022. Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn echter gesteld noch gebleken. Gelet op het voorgaande kent de commissie aan de verwijzing, door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 25 juli 2022, naar de verordening, geen betekenis toe. Hetzelfde geldt voor de hierin vermelde - naar nadien is gebleken - onjuiste afwijsggrond. De aanspraak op vergoeding van de in Duitsland gemaakte laboratoriumkosten zal hierna worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Met de vergoeding van het bedrag van € 39,37 staat vast dat het uitgevoerde onderzoek voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk', zodat - anders dan de ziektekostenverzekeraar eerder concludeerde - het hierbij verzekerde zorg op grond van de

zorgverzekering betreft. Voorts was verzoekster hierop redelijkerwijs aangewezen en wordt het argument van de doelmatigheid – dat een rol speelde omdat reeds bloedonderzoek in België had plaatsgevonden – haar blijkbaar niet langer tegengeworpen. Hetzelfde heeft te gelden voor de verwijzing, hoewel het hierbij feitelijk een verwijzing voor een second opinion betreft, en van een second opinion geen sprake is, nu verzoekster in haar e-mailbericht van 3 februari 2023 expliciet heeft verklaard dat het niet haar bedoeling was de behandeling voort te zetten bij de Gelre Ziekenhuizen. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding.

8.4. Het betreft hier medisch specialistische zorg, en deze zorg wordt in Nederland gedeclareerd met een DBC-code/zorgproduct. Wat hieronder wordt verstaan, is terug te lezen in de begripsomschrijvingen van artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking tot zorg in het buitenland is in artikel 18.2 van de desbetreffende voorwaarden bepaald: *“Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.”* Vervolgens wordt verwezen naar [www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale tarieven](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale_tarieven).

8.5. De behandeling in verband met endometriose, die verzoekster in België ondergaat, kan in dit verband buiten beschouwing blijven. Op 28 februari 2022 heeft de intake plaatsgevonden bij de arts in Duitsland en op 16 mei 2022 een telefonisch consult. Het uitgebreide laboratoriumonderzoek vond op 23 mei 2022 plaats in Duitsland. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster zo dat een aparte (vervolg) DBC had kunnen worden geopend voor het laboratoriumonderzoek, met dezelfde DBC-code en tarief als voor (een deel van) de zorg die in België is verleend.

Dit is echter niet hoe deze systematiek werkt. Uitgangspunt is de zorgvraag. Door de ziektekostenverzekeraar is aannemelijk gemaakt dat bij de gegeven zorgvraag en na invulling van de variabelen wordt afgeleid naar DBC-code 14B194 ‘1 of 2 polikliniekbezoeken/consulten op afstand bij verminderde vruchtbaarheid’ met een bijbehorend maximumtarief van € 243,79. Hieronder vallen onder andere de kosten voor consulten en laboratoriumonderzoeken. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 2 november 2023 tot de conclusie dat deze DBC-code het meest passend is in dit geval. Dat het Zorginstituut, zoals het in het definitieve advies van 24 januari 2024, door de commissie desgevraagd, heeft toegelicht voor deze DBC-code de medische omschrijving heeft gebruikt en de ziektekostenverzekeraar de consumentenomschrijving, maakt dit niet anders.

Uit de stukken blijkt dat er een ‘telefonische Beratung’ plaatsvond op 16 mei 2022 (€ 145,-) en dat declaraties van € 40,23 en € 19,19 werden vergoed ten laste van deze DBC-code. Tezamen vormen deze bedragen het door de ziektekostenverzekeraar genoemde totaalbedrag van € 204,42, zodat na aftrek hiervan van het maximumtarief (€ 243,79) nog € 39,37 resteerde. Deze € 39,37 is de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding voor de gemaakte laboratoriumkosten. Verzoekster heeft geen aanspraak op een verdergaande vergoeding.

De verwijzing naar DBC-code 14B180 treft geen doel. Deze had betrekking op een andere zorgvraag, zoals al blijkt uit de bijbehorende omschrijving (er moet onder andere sprake zijn van een kijkoperatie). Dat onder die DBC-code ook laboratoriumkosten kunnen vallen, betekent dus niet dat voor de onderhavige laboratoriumkosten een extra DBC moet worden geopend, omdat de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding anders niet toereikend is.

Verzoekster heeft nog aangevoerd dat het laboratoriumonderzoek is aangevraagd door een derde, te weten haar arts in België, en dat de kosten daarom niet onder de DBC kunnen vallen die voor de behandeling in Duitsland is geopend. Uit het dossier blijkt echter niet dat het betreffende onderzoek is aangevraagd door de arts in België. Zowel op de nota als op de uitkomsten van het onderzoek staan namen van artsen in Duitsland vermeld. Daarbij is het betreffende onderzoek ook verricht in verband met de behandeling van de infertiliteit en niet vanwege de endometriose. Anders dan verzoekster stelt, heeft de ziektekostenverzekeraar niet erkend dat de in Duitsland gemaakte laboratoriumkosten zouden worden vergoed onder DBC-code 14B180. Er is slechts verklaard dat eventuele laboratoriumkosten die met de desbetreffende zorgvraag samenhangen worden vergoed tot het maximumtarief van € 1.710, 80. Dat laatste was sowieso niet meer aan de orde omdat genoemd DBC-code van toepassing was op de behandeling in België, en deze op 18 mei 2022 werd gesloten. Ook hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd kan niet tot een andere uitkomst leiden.

Slotson

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 februari 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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. (...)*”

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;

6°. 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 verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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.

Crisis zorg GGZ

Een behandeling voor een patiënt die spoedeisende hulp nodig heeft. Deze zorg wordt verleend door een psychiatrisch hulpverlener die werkt voor een regionale 24-uurs crisisdienst. Dit wordt ook wel crisisbehandeling genoemd. Er is sprake van een crisissituatie wanneer spoedeisende hulp binnen 24 uur noodzakelijk is, bijvoorbeeld in geval van dreigende suïcide.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Dagbesteding (GGZ)

Dagbesteding heeft tot doel het bevorderen, behouden en compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de psychische behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt. Onder dagbesteding wordt niet verstaan:

- Een reguliere dagstructurering die in de woon-/verblijfsituatie wordt geboden (waaronder ontbijt, lunch en diner);
- Een welzijnsactiviteit, zoals bijvoorbeeld uitstapjes, zang, bingo.

DBC-Zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een declaratiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-zorgproduct begint op de datum van de eerste zorgactiviteit. Dit kan zijn een (telefonisch) consult met een specialist of een onderzoek. De DBC wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als diëtist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Dure geneesmiddelen

Dure geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die in het kader van een medisch specialistische behandeling intramuraal worden verstrekt. Hoewel extramurale geneesmiddelen ook (zeer) duur kunnen zijn, bedoelen we met dure geneesmiddelen uitsluitend de intramurale geneesmiddelen. Het ziekenhuis of ZBC declareert deze geneesmiddelen middels een zogenaamde Add-on in combinatie met een DBC.

Eerstelijnsverblijf

Tijdelijk verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Erkende verwijzers Medisch Specialistische Zorg

De volgende verwijzers zijn erkend om te verwijzen naar Medisch Specialistische Zorg: de huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts (voor arbeidsgerelateerde aandoeningen zoals is opgenomen in de leidraad op de site van de NVAB), SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige (in geval van zwangerschap, bevalling of naar een kinderarts binnen 10 dagen na de bevalling), tandarts en orthodontist voor kaak chirurgische behandeling, tandarts werkend bij ACTA naar een dermatoloog-allergoloog werkend in een UMC of het Albert Schweitzer, tandprotheticus naar de kaakchirurg, optometrist of orthoptist naar de oogarts, triage-audiciën en klinisch fysicus audioloog naar de KNO-arts, GGD arts voor aanvragen laboratoriumonderzoek en in geval van een SOA of TBC. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticen, triage-audiciën, klinisch fysicus audiologen en optometristen.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Artikel 17. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Ben je het niet eens met onze beslissing? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@ditzo.nl. Ook kun je een brief sturen aan Ditzo, t.a.v. de afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Voor vragen kun je met ons bellen op (030) 699 79 30. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Ditzo. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar Ditzo Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht

Vind je dat je klacht niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als je onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

Artikel 18. Geneeskundige zorg

Artikel 18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Je hebt recht op zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar je gehoorfunctie;
- je adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- je voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor je gehoorprobleem noodzakelijk is;
- je helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij je kind.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.2 Buitenland

Aanleveren van een declaratie

Je dient de declaratie aan te leveren in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd ben je zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dien je direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur.

SOS International kun je bereiken op +31 20 651 51 51 (staat ook achter op je zorgpas) of via www.sosinternational.nl/nl-NL/smarmelden

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. Je hebt bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. Je verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is.

Je woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland.

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

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

Je hebt dan de keuze uit:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- Vergoeding van je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Je woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Je hebt dan de keuze uit:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar je de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- Vergoeding van je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Je woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan (zie artikel 3).

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterkant van je zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie gaat naar een EU/EER-land of Zwitserland, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medisch zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor noodzakelijke medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor je eigen rekening.

Betaling

Je declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij je declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Meer informatie over het gebruik van je EHIC kaart kun je vinden op www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland.

Artikel 18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten dialyse. Peritoneaaldialyse en haemodialyse. Bij peritoneaaldialyse wordt je buikholte gespoeld met een vloeistof om je bloed te zuiveren. Haemodialyse is een therapie waarbij de nierfunctie wordt overgenomen door filters, de kunstnieren. Dialyse kan plaatsvinden in een instelling of thuis.

Je hebt recht op de volgende zorg in een dialysecentrum:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
 - geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling;
 - psychosociale begeleiding voor jou en voor degenen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Artikel 18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

Je hebt voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts. Op mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend heb je recht volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Je hebt recht op verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Je hebt ook recht op de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

Je hebt recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 77,50 per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Je hebt recht op medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Je hebt ook recht op de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder heb je recht op medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist almede de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Je hebt recht op deze zorg als je een vrouw bent tot je 43ste jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Je hebt ook recht op de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst. Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na en doorgaande zwangerschap, spontaan of na ivf, geldt als nieuwe eerste poging. Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt. Tot je 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf je 38ste tot je 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor je 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Je hebt geen recht op:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot je 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst ;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Je hebt geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Je hebt recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

[De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen)

Je hebt onder andere geen recht op:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Je hebt recht op een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

Artikel 18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op het verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing);
- Op tandvlesbehandeling (parodontale hulp);
- Op verdoving (anesthesie);
- Op wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- Op vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- Op behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- Op uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);
- Op kronen, bruggen en implantaten als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Deze aanspraak loopt door tot en met je 22ste jaar als een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor je 18e jaar geheel verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak hiervoor dient te zijn vastgesteld voor je 18e jaar;
- Op chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Je hebt alleen recht op het aanbrengen van een implantaat als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- Op röntgenonderzoek, behalve voor röntgenonderzoek bij orthodontische hulp.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden jonger dan 18 jaar?

- Voor het aanbrengen van een implantaat heb je vooraf onze toestemming nodig. Bij je aanvraag is een motivering en behandelplan van de tandarts nodig.
- Voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (prestatiecode X21) bij de tandarts moet de tandarts een machtiging bij ons aanvragen.