



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen ASR Basis
Ziektekostenverzekering N.V. te Amersfoort en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekering
N.V. te Amersfoort

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, behandeling rectumprolaps, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 201801384

Zittingsdatum : 19 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

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

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 17 januari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een hogere vergoeding dient toe te kennen voor de behandeling van een rectumprolaps te Leuven, België (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 14 mei 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019024877) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd het verzoek gedeeltelijk toe te wijzen. Een afschrift is op 16 mei 2019 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 1 juli 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgBest en Pechvogelhulp (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij e-mailbericht van 30 januari 2018 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een laparoscopische ventrale rectopexie, uit te voeren te Leuven, België. Bij e-mailbericht van 5 februari 2018 en bij brief van 14 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster gevraagd hem aanvullende informatie te sturen om de aanvraag te beoordelen. Bij e-mailbericht van 22 februari 2018 heeft verzoekster de gevraagde informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.3. Bij brief van 7 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd en dat zij recht heeft op een vergoeding van € 4.879,18 overeenkomstig het DBC-zorgproduct 119499033 ('*zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal tijdens*

een ziekenhuisopname van 1 tot maximaal 28 verpleegdagen bij aambeien/overige goedaardige aandoeningen van/rondom de anus).

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 28 maart 2018, 6 juli 2018 en 17 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. Verzoekster heeft de gevraagde behandeling op 9 februari 2018 in het UZ te Leuven ondergaan. Zij werd opgenomen van 8 februari 2018 tot 13 februari 2018 op de afdeling abdominale heelkunde van het betreffende ziekenhuis. De behandelend medisch specialist heeft op 13 februari 2018 over verzoekster verklaard:

(...)

"Uw 42-jarige patiënt werd opgenomen op de dienst abdominale heelkunde voor een geplande ingreep. Deze 42-jarige dame wordt gevolgd op onze dienst met klachten van wisselend diarree en constipatie na uitgebreide chirurgie in het kader van bekkenbodempdescensus. Momenteel gebruikt de patiënte bisacodyl en clysmas. In overleg met patiënte wordt hierbij een laparoscopische rectopexie met diepe dissectie overwogen.

Technische onderzoeken:

** Mannometrie (29-01-2018):*

NI sfincterdrukken. Manometrisch aanwijzingen voor interne prolaps/rectocele. Vergroot rectaal volume en compliance. Argumenten voor megarectum. Geen ballonevacuatie mogelijk. Decending perineum bij persen waardoor wisselende coördinatie en geen evacuatie van de ballon.

** Rx colpo-cysto-defaecografie (05-12-2017):*

Voorste compartiment:

-Beperkte descensus van de blaas.

-Volledige blaaslediging.

Middelste compartiment:

-Geen horizontalisatie of descensus van de vagina.

Achterste compartiment.

-Goede expansie en normale aflijning van het distale rectum.

-Matige anterieure ventrale rectocele (ong. 3cm).

-Matige tot belangrijke rectale descensus onder de pubococcygeale lijn (ongeveer 3cm).

-Beperkte interne invaginatie.

-Bidirectionele migratie van dundarmlissen beneden de pubo-coccygeale referentielijn.

CONCLUSIE:

1. Asymmetrische (bilobaire) beperkte posterieure blaasptose. Hypermobiele urethra. Geen postmictioneel residu.

2. Status na colpopromontoriumfixatie. Geen descensus van het middenste compartiment aangetoond.

3. Beperkte bidirectionele migratie van geopaciflerde dundarmlissen beneden de pubococcygeale referentielijn:

a. enerzijds ventraal van de vagina in de blaasloge-. secundair aan de blaasdescensus confer. punt 1.

b. anderzijds posterieur van de vagina migrerend in de rectale loge al dan niet ontstaan door de rectale collaps na defecatie DD enterocoele graad I.

4. Matig- tot ernstiggradige descensus van het posterieure compartiment.

5. Middelgrote ventrale supra-anaale rectocele.

6. Tekens van interne recto-rectale invaginatie.

7. Duidelijk vertraagde en gefragmenteerde rectumevacuatie met na herhaaldelijke persmanoeuvres respectievelijk toiletbezoek grotendeels lediging van het rectum doch matige retentie van contrast, in het bijzonder in de rectocele.

Pre-operatieve diagnose en indicatie:

Status na uitgebreide heekunde voor anterieure prolaps, obstructieve defaecatie problematiek met megarectum

Heelkundige ingreep:

Op 09-02-2018 onderging uw patiënt een ingreep onder algemene anesthesie. Er werd een laparoscopische exploratie, reductieve rectoplastie, hoge anteriorresectie en sutured rectopexie uitgevoerd. De ingreep verliep vlot en ongecompliceerd. (...)"

- 3.6. Het UZ te Leuven heeft op 5 april 2018 een factuur aan verzoekster gestuurd voor een bedrag van totaal € 12.088,84 voor de behandeling en ziekenhuisopname van 8 februari 2018 tot 13 februari 2018. Uit de factuur blijkt dat het bedrag als volgt is opgebouwd:

"(...)

- Verblijfskosten

Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf: € 3.312,10

Kamersupplement omdat u koos voor een eenpersoonskamer: € 375,--

- Forfaitair aangerekende kosten: € 419,22

- Apotheek - geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen: € 2.985,23

- Honoraria van de zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)

Uw aandeel voor honoraria: € 2.2264,52

Supplementen omdat u koos voor een eenpersoonskamer: € 2.732,77 (...)"

- 3.7. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 14 mei 2019 verklaard:
"(...) Niet in geschil is de aanspraak op de behandeling. De adviestaak van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.

Er is een laparoscopische rectopexie uitgevoerd op 8 februari 2018, waarna een ziekenhuisopname van 5 dagen volgde. Verweerder heeft een vergoeding toegekend op basis van DBC-zorgproductcode 119499033. Rectopexie bij rectale prolaps kan laparoscopisch worden uitgevoerd. De door verweerder toegepaste DBC-zorgproductcode 119499033 kan passend zijn, maar gezien de laparoscopische benadering lijkt DBC-zorgproductcode 119499030 (zeer uitgebreide kijkoperatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van 1 tot maximaal 28 verpleegdagen bij aambeien/overige goedaardige aandoeningen van/rondom de anus) passender. (...)"

4. De bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 5 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.

5. Het geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden een hogere vergoeding dan € 4.879,18 aan verzoekster toe te kennen in verband met de behandeling en de ziekenhuisopname van 8 februari 2018 tot 13 februari 2018 in het UZ te Leuven.

6. De beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin opgenomen de voorwaarden van de Ditzo Basisverzekering en de van belang zijnde bepaling uit de Europese verordening 883/2004. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de gewenste zorg te verkrijgen. Er is sprake van geplande zorg als bedoeld in artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Op 30 januari 2018 diende zij een aanvraag in bij de ziektekostenverzekeraar. Deze aanvraag was niet compleet. Op 8 februari 2018 is verzoekster opgenomen in het Belgische ziekenhuis. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar geen redelijke mogelijkheid heeft gehad de aanvraag te beoordelen. De ontbrekende informatie werd namelijk pas op 22 februari 2018 per e-mail door verzoekster aangeleverd. Deze situatie wordt gelijkgesteld met die waarin in het geheel geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Gelet op de jurisprudentie van het Europese Hof blijft de verordening in dat geval buiten toepassing en dient op grond van de polisvoorwaarden te worden nagegaan of, en zo ja tot welk bedrag de kosten voor vergoeding in aanmerking komen.
- 6.3. Op basis van artikel 18.2 van de zorgverzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van zorg in het buitenland onder de zelfde voorwaarden als wanneer zij in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou gaan. Er wordt een vergoeding toegekend tot een door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld maximaal tarief, dat op zijn website is te raadplegen. Partijen zijn het erover eens dat verzoekster op grond van de zorgverzekering recht heeft op een vergoeding, maar zij verschillen van mening over de hoogte hiervan.
- 6.4. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij in 2016 een operatie heeft ondergaan in Herentals, België. Daarbij is haar baarmoeder verwijderd en is een eerdere operatie ongedaan gemaakt (ophanging aan ligament). In 2017 kreeg verzoekster last van haar darmen en vroeg zij zich af of dit kon samenhangen met de eerdere operatie. Met deze vraag heeft zij zich gewend tot het ziekenhuis in B. De behandelend arts heeft aan haar meegedeeld dat de klachten werden veroorzaakt door schade van de eerdere ingreep en dat zij hiermee moest leren leven. Dit was voor verzoekster niet acceptabel. Om die reden heeft zij zich voor een second opinion gewend tot haar gynaecoloog in België. Deze heeft vervolgens een serie onderzoeken voorgesteld bij een specialist in Leuven. Uit de onderzoeken kwam naar voren dat sprake was van een afwijking aan de darmen. Hieraan is zij geopereerd. Het argument dat de ingreep ook in Nederland had kunnen plaatsvinden is misplaatst. Immers, de behandelend arts in Nederland zag geen reden tot nader onderzoek, laat staan tot het uitvoeren van een ingreep. Bovendien mocht van verzoekster niet worden verwacht dat zij na een serie van onderzoeken door een specialist in België, de noodzakelijke behandeling in Nederland liet uitvoeren.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de zorg ten tijde van de behandeling ook binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar was. Daarnaast betreft het hier geen zodanig specialistische zorg dat deze destijds in Nederland niet of maar beperkt beschikbaar was. In dit kader wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat de behandeling in 2014 bijvoorbeeld 470 keer is uitgevoerd.
- 6.6. De eerste vraag die ter beantwoording voorligt is of de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden in welk geval hij gehouden is de hierdoor ontstane schade te vergoeden. De zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar houdt in dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van verzekerde zorg en overige diensten te vergoeden en het, desgevraagd, ondernemen van activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht niet heeft geschonden. Verzoekster heeft zich nadrukkelijk voor een second opinion tot de Belgische arts gewend. Uitgangspunt bij een second opinion is dat betrokkene met de bevindingen van de tweede arts terug gaat naar de oorspronkelijke behandelaar, en niet dat deze tweede arts de behandeling overneemt. Aldus is ook bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering op bladzijde 33. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat de behandeling (in Nederland) bij een gecontracteerde zorgaanbieder tijdig had kunnen plaatsvinden. De volgende vraag is dan welke vergoeding moet worden verleend nu volledige vergoeding van kosten niet aan de orde is.

Hierbij tekent de commissie aan dat de zorgverzekering geen dekking kent voor de kosten van een eenpersoonskamer en de hieraan verbonden supplementen.

- 6.7. De door verzoekster ingediende aanvraag ziet op een 'rectopexie voor rectumprolaps'. Op basis van de aangeleverde informatie heeft de ziektekostenverzekeraar bepaald dat het DBC-zorgproduct met de omschrijving '*zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van 1 tot maximaal 28 verpleegdagen bij aambeien/overige goedaardige aandoeningen van/rondom de anus*' (119499033) het meest passend is. Voor dit DBC-zorgproduct geldt een vergoeding van € 4.879,18 die aan verzoekster is toegekend. Uit het operatieverslag en de factuur van het UZ te Leuven blijkt evenwel dat de operatie ingrijpender is geweest dan oorspronkelijk werd voorzien. Uit het verslag blijkt dat een aantal aanvullende zorgactiviteiten is verricht. Dit leidt volgens de ziektekostenverzekeraar niet tot een ander DBC-zorgproduct, en dus ook niet tot een hogere vergoeding.
- 6.8. Verzoekster is van mening dat aan haar een hogere vergoeding moet worden toegekend. Zij heeft bij het Amphia Ziekenhuis gevraagd welk tarief zou zijn berekend als de behandeling aldaar was uitgevoerd. Bij e-mailbericht van 6 juli 2018 heeft het ziekenhuis verzoekster geïnformeerd dat DBC-zorgproduct 119499055 in rekening zou zijn gebracht en dat hiervoor een tarief van € 11.483,01 geldt.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft betwist dat een ander DBC-zorgproduct moet worden gehanteerd. Hiertoe heeft hij aangevoerd dat het verschil is te verklaren doordat het Amphia Ziekenhuis als uitgangspunt de diagnose 'obstipatie' neemt. Uit de informatie van de behandelend arts blijkt echter dat dat de diagnose 'rectumprolaps' moet zijn, hetgeen ook volgt uit de ingediende aanvraag. De door het Amphia ziekenhuis gehanteerde diagnose en het genoemde DBC-zorgproduct zijn om die reden niet juist.
- 6.10. De commissie overweegt dat uit het advies van het Zorginstituut van 14 mei 2019 volgt dat een laparoscopische rectopexie is uitgevoerd, waarna een ziekenhuisopname van vijf dagen volgde. Gelet op de laparoscopische benadering komt het Zorginstituut tot de conclusie dat het DBC-zorgproduct 119499030 ('*zeer uitgebreide kijkoperatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van 1 tot maximaal 28 verpleegdagen bij aambeien/overige goedaardige aandoeningen van/rondom de anus*') meer passend is. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in 2018 een maximale vergoeding van € 5.029,23 heeft vastgesteld voor het DBC-zorgproduct 119499030. Dit is een hoger bedrag dan de reeds aan verzoekster toegekende vergoeding (€ 4.879,18) zodat zij aanspraak heeft op een nabetaling van € 150,05.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. Door verzoekster is aangevoerd dat zij in 2016 een hogere vergoeding heeft ontvangen voor de door haar in België genoten zorg. De commissie passeert deze stelling. In genoemd jaar bood de aanvullende ziektekostenverzekering volgens de onbestreden verklaring van de ziektekostenverzekeraar ter zake nog een uitgebreidere dekking. Hieraan kan zij met betrekking tot de vergoeding van de behandeling in 2018 dan ook geen rechten ontleen.
- 6.12. Gezien het feit dat in de procedure is vastgesteld dat verzoekster aanspraak heeft op een nabetaling, oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar haar het entreegeld van € 37,00 dient te vergoeden.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Het bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:



1. de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een aanvullende vergoeding van € 150,05 dient te verlenen;
2. de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 24 juli 2019,



G.R.J. de Groot



▼ C1*Artikel 18***Verblijf in de bevoegde lidstaat terwijl de woonplaats in een andere lidstaat ligt — Bijzondere regels voor gezinsleden van grensarbeiders**

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde.

▼ M1

2. De gezinsleden van een grensarbeider hebben tijdens hun verblijf in de bevoegde lidstaat recht op verstrekkingen.

Wanneer de bevoegde lidstaat wordt vermeld in bijlage III, hebben de gezinsleden van een grensarbeider die in dezelfde lidstaat als de grensarbeider wonen, echter alleen recht op verstrekkingen in de bevoegde lidstaat onder de in artikel 19, lid 1, bepaalde voorwaarden.

▼ C1*Artikel 19***Verblijf buiten de bevoegde staat**

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

*Artikel 20***Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen buiten de woonstaat (of lidstaat van de woonplaats)**

1. Tenzij in deze verordening anders 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.

▼ C1

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 de 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.

3. De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.

4. Indien de gezinsleden van een verzekerde wonen in een andere lidstaat dan de lidstaat waar de verzekerde woont, en die andere lidstaat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

*Artikel 21***Uitkeringen**

1. Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen of verblijven, hebben recht op uitkeringen van het bevoegde orgaan overeenkomstig de door dat orgaan toegepaste wetgeving. In overleg tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen echter door het orgaan van de woon- of verblijfplaats voor rekening van het bevoegde orgaan worden verstrekt volgens de wetgeving van de bevoegde lidstaat.

2. Het bevoegde orgaan van een lidstaat wiens wetgeving bepaalt dat voor de berekening van de uitkeringen gemiddelde inkomsten dan wel een gemiddelde premie of bijdrage als grondslag wordt genomen, stelt deze gemiddelde inkomsten of deze gemiddelde premie of bijdrage uitsluitend vast op basis van de inkomsten die genoten zijn of de premies of bijdragen die zijn toegepast gedurende de krachtens bedoelde wetgeving vervulde tijdvakken.

3. Het bevoegde orgaan van een lidstaat wiens wetgeving bepaalt dat voor de berekening van de uitkeringen wordt uitgegaan van vaste inkomsten, houdt uitsluitend rekening met deze vaste inkomsten of in voorkomend geval met het gemiddelde van de vaste inkomsten die betrekking hebben op de krachtens bedoelde wetgeving vervulde tijdvakken.

Polisvoorwaarden Ditzo Basisverzekering 2018

Geldend vanaf 1 januari 2018

woorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overgelegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Artikel 3 Vergoeding van zorg

Begin en einde van de vergoeding

Om te bepalen of je recht hebt op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgverlener

Met deze basisverzekering heb je recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij ben je volledig vrij in de keuze van zorgverlener. Je kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgverlener die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft (niet gecontracteerde zorg).

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgverlener, vergoeden wij je kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgverlener. Wij betalen de zorgverlener rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgverlener. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgverlener ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

[Gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op \[www.ditzo.nl/zorgverzekering\]\(http://www.ditzo.nl/zorgverzekering\) onder 'zorgzoeker'.](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering)

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Als je naar een zorgverlener binnen Nederland gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan betalen wij je behandeling 100% tot het maximaal wettelijk maximum tarief.

Uitzonderingen hierop zijn:

- eerstelijns verblijf;
- kraamzorg
- logopedie;
- zelfstandige revalidatiecentra;

Voor deze vier uitzonderingen geldt dat wij je behandeling betalen tot het door ons bepaalde maximale tarief. Hieronder verstaan wij het gemiddelde tarief dat wij voor je behandeling hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgverleners. Dit betekent in veel gevallen 100% vergoeding maar het kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

- GGZ (specialistisch en basis);

Hiervoor geldt dat wij je behandeling betalen tot het door ons bepaalde maximale GGZ-tarief. Dit tarief is in lijn met de contracttarieven zoals afgesproken met vergelijkbare zorgaanbieders.

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.

Wij vergoeden 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 huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts, klinisch fysicus, audioloog, consultatiebureauarts of keel-, neus- en oorarts. Indien je verblijft in een Wlz-instelling kunnen naast de genoemde verwijzers ook de arts verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde als verwijzer optreden. Deze moet dan wel hoofdbehandelaar zijn.

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.

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 zorgverlener zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

[Onze maximale tarieven kun je vinden op \[www.ditzo.nl/zorgverzekering\]\(http://www.ditzo.nl/zorgverzekering\) onder 'vastgestelde maximale tarieven'.](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering)

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

Je hebt dan de keuze:

- wij vergoeden je zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener 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:

- wij vergoeden je 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
- wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener 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 zorgverlener zou zijn gegaan.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland ben je verplicht 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), fax +31 20 651 51 09 of op www.smartmelden.nl.

Niet spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. Je moet bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf contact met ons opnemen. Je verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

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.

Artikel 18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten niet-klinische 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 dialysecentrum of thuis.

Wij vergoeden 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.

Als de dialyse bij je thuis plaatsvindt, heb je ook recht op vergoeding van:

- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
- de redelijke te verrichten aanpassingen in en aan je woning en voor het herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijke kosten (zoals elektriciteit en water) die rechtstreeks met de thuisdialyse te maken hebben, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor de eventuele aanpassingen aan je woning en herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Artikel 18.4 Diëtetiek (voorlichting over voeding en eetgewoonten)

Diëtetiek betreft voorlichting over eetgewoonten en voeding met een geneeskundig doel. De diëtist geeft advies over je eetpatroon om je lichamelijke gezondheid te bevorderen.

Declaratiecode	DBC-zorgproductcode of overig	Omschrijving	Tarief 2018 Buitenlandse Ziekenhuizen
15C534	110101007	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een ziekte van mondholte/ speekselklieren	€ 143,42
15C535	110101008	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij een ziekte van mondholte/ speekselklieren	€ 4.346,85
15C536	110101009	Ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een ziekte van mondholte/ speekselklieren	€ 5.293,13
15C537	110801002	Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij een ziekte van de lever	€ 2.579,00
15C538	110801003	Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een ziekte van de lever	€ 730,02
15C539	110801004	Onderzoek of behandeling van het maagdarmlkanaal bij een ziekte van de lever	€ 1.032,00
15C540	110801005	Ingewikkeld onderzoek of behandeling van het maagdarmlkanaal bij een ziekte van de lever	€ 1.444,88
15C541	110801006	Ziekenhuisopname met meer dan 28 verpleegdagen bij een ziekte van de lever	€ 21.458,97
15C542	110801007	Ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een ziekte van de lever	€ 7.558,18
15C543	110801008	Dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken en/of meer dan 2 onderzoeken bij een ziekte van de lever	€ 720,98
15C544	110801010	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een ziekte van de lever	€ 249,58
15C545	119499029	Zeer uitgebreide kijkoperatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van meer dan 28 verpleegdagen bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	€ 10.992,93
15C546	119499030	Zeer uitgebreide kijkoperatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van 1 tot maximaal 28 verpleegdagen bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	€ 5.029,23
15C547	119499031	Zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal met behulp van kijkbuis-apparatuur bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	€ 1.962,88
15C548	119499032	Zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van meer dan 28 verpleegdagen bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	€ 17.157,22
15C549	119499033	Zeer uitgebreide operatie aan het spijsverteringskanaal tijdens een ziekenhuisopname van 1 tot maximaal 28 verpleegdagen bij aambeien/ overige goedaardige aandoeningen van/ rondom de anus	€ 4.879,18