



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, spataderbehandeling volgens de Müller-methode

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2017

Zaaknummer : 201801552

Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 4 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de spataderbehandeling volgens de Müller-methode en de nabehandelingen door middel van sclerocompressietherapie te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 29 mei 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 201902599) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft de commissie hierin geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. De commissie heeft besloten het advies van het Zorginstituut op te volgen en heeft verzoeker bij brief van 4 juni 2019 verzocht binnen veertien dagen medische informatie van de behandelend vaatchirurg over te leggen. Op 16 juni 2019 heeft verzoeker de commissie stukken van zijn behandelend vaatchirurg gestuurd. Een afschrift van deze informatie is op 20 juni 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.
- 2.5. Ter zitting heeft verzoeker de commissie kenbaar gemaakt dat vergoeding van de nabehandelingen door middel van sclerocompressietherapie niet langer onderdeel vormt van zijn verzoek.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn op 30 juli 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie van deze brief is op 8 augustus 2019 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend* en Aanvullend tand** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 november 2017 aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van de spataderbehandeling volgens de Müller-methode en de nabehandelingen door middel van sclerocompressietherapie.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. In de procedure bij de commissie is verder het volgende komen vast te staan:
- Verzoeker heeft vanaf 1986 diverse spataderbehandelingen ondergaan in verband met klachten aan zijn benen, zoals krampen, pijn, en een moe en zwaar gevoel;
 - op 11 december 2017 heeft verzoeker opnieuw twee spataderbehandelingen beiderzijds ondergaan in de vorm van een endoveneuze lasertherapie (EVLT) en een behandeling volgens de Müller-methode;
 - de betrokken zorgaanbieder heeft de kosten van de EVLT ten bedrage van € 2.183,55 rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd met zorgproductcode 15E727 met omschrijving 'Binnen de ader verwijderen of verschrompelen van spataderen in 2 of meer stamvenen';
 - de zorgaanbieder heeft verzoeker voor de kosten van de spataderbehandeling volgens de Müller-methode ten bedrage van € 1.850,- een nota gestuurd.
- 3.5. Bij brief van 29 mei 2019 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:
“(…)
Nader onderzoek
Zonder nadere informatie van de vaatchirurg over de klachten van verzoeker, samenhangend met veneuze pathologie, diameter van de stamvenen of vena perforans met locatie, refluxduur en (samenhang met) oppervlakkige varices (zo mogelijk met tekening) kan het Zorginstituut niet beoordelen of de behandeling van verzoeker voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.
Het advies
Gelet op het voorgaande adviseert het Zorginstituut u om nader onderzoek te verrichten met inachtneming van het vorenstaande.
“(…)”
- 3.6. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:
“(…)
Beoordeling
Er is duidelijke medische informatie aangeleverd. Daaruit blijkt dat verzekerde aanspraak had op behandeling van de stamvene in beide benen doormiddel van ELVT (laserbehandeling). In het verslag van het eerste consult spataderen d.d. 31-08-2017 wordt gedocumenteerd in een aanvullende notitie dat verzoeker nadenkt over een Müller behandeling. Beide ingrepen zijn tegelijk uitgevoerd op 19-12-2017.
In het standpunt van het Zorginstituut van 31 juli 2014 over invasieve behandeling van spataderen (zie onder kopje juridisch kader) is opgenomen dat bij adequate behandeling van de stamvarix (de laser behandeling) het medisch niet noodzakelijk is eventuele rest- en zijtakvarices ook te behandelen.
Verzoeker is van mening dat er sprake is van een uitzonderingssituatie. Echter, in het standpunt worden geen uitzonderingsregels beschreven. Ook stelt verzoeker dat hij dezelfde behandeling in 2009 en 2012 vergoed heeft gekregen. Het standpunt heeft een ingangsdatum van 1 juli 2014,

de meegestuurde nota's van 2009 en 2012 zijn daarom niet relevant voor de beoordeling van het geschil.

Conclusie

Verzoeker heeft geen indicatie voor een spataderbehandeling volgens de Müllermethode en door middel van sclerocompressietherapie. De behandeling komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

(...)"

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de zorgverzekering (2017 en 2018), welk artikel ingevolge het bepaalde op pagina 45 (2017) respectievelijk pagina 46 (2018) van de aanvullende ziektekostenverzekering ook op deze verzekering van toepassing is.

5. Geschil

- 5.1. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de spataderbehandeling volgens de Müller-methode te vergoeden.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen verweer gevoerd.

6. De beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg 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

- 6.2. Verzoeker stelt dat de spataderbehandeling volgens de Müller-methode medisch gezien strikt noodzakelijk was om zijn klachten te verhelpen, die hem belemmeren in zijn functioneren als buschauffeur. De medische noodzaak hiervoor wordt door de mondelinge verklaring van de behandelend vaatchirurg en de overgelegde foto's ondersteund. Dat verzoeker gelijktijdig EVLT heeft ondergaan, doet volgens hem niet af aan de medische noodzaak voor de spataderbehandeling volgens de Müller-methode. In zoverre was bij hem, als gevolg van de ernst van zijn klachten, sprake van een uitzonderingssituatie.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat uit de nota's blijkt dat de spataderbehandeling volgens de Müller-methode is gedeclareerd met zorgproductcode 199883. Uit de gebruikte zorgproductcode blijkt, gelet op het standpunt van het Zorginstituut van 31 juli 2014 over invasieve behandeling van spataderen, dat geen sprake is van verzekerde zorg. Dit volgt eveneens uit de door verzoeker ondertekende verklaring 'Samenvatting Onverzekerde Zorg'. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de spataderbehandeling volgens de Müller-methode.
- 6.4. De commissie merkt op dat de spataderbehandeling volgens de Müller-methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als deze wordt toegepast ter behandeling van zijtak- en restvarices. Dit blijkt uit het standpunt 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?' van het Zorginstituut van 31 juli 2014. Onder voorwaarden komt deze behandeling voor vergoeding in aanmerking vanuit de zorgverzekering. Een van die voorwaarden is dat betrokkene redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de spataderbehandeling volgens de Müller-methode. Dit volgt uit artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. De commissie overweegt in dit verband het volgende.

- 6.5. Verzoeker heeft aan beide benen gelijktijdig EVLT en een behandeling volgens de Müller-methode ondergaan. Hij was aangewezen op behandeling van de stamvarix door middel van EVLT. Bij een adequate behandeling van de stamvarix bestaat geen medische noodzaak eventuele rest- en zijtakvarices ook te behandelen. Hierop bestaan geen uitzonderingen. Een en ander blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 6 augustus 2019. Dit betekent dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op de verrichte spataderbehandeling volgens de Müller-methode. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van deze behandeling ten laste van de zorgverzekering.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor spataderbehandelingen. De onderhavige behandelingen kunnen daarom niet op basis van deze verzekering worden vergoed.

Coulance

- 6.7. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar coulance moet toepassen. De bevoegdheid tot toepassing van coulance is echter voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het beleid van de ziektekostenverzekeraar op dit gebied kan de commissie niet treden, tenzij deze een beleid voert waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Niet gebleken is dat dit hier aan de orde is.
- 6.8. Verzoeker voert verder aan dat hij de spataderbehandeling volgens de Müller-methode niet zelf kan betalen en dat deze behandeling tot 2014 wél volledig door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De commissie overweegt dat deze omstandigheden voor de aanspraak van verzoeker op vergoeding van de spataderbehandeling volgens de Müller-methode niet relevant zijn en daarom niet kunnen leiden tot een andere uitkomst. Beoordeeld moet worden of verzoeker voldoet aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Dit is, zoals overwogen in 6.5, niet het geval.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Het bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2019,

mr. L. Ritzema

Besluit zorgverzekering 2017

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 het Interimbesluit forensische zorg.
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 zeven 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 verslakte 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 gehemertespleten, 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.

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: www.wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muerterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- griep prikken;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

30 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 31	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 32	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 34	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 40	Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

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

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Zwanger (worden)/baby/kind

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

31 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (31.1) en geen medische noodzaak (31.2).

31.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

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

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden, naast het in dit artikel bepaalde, ook de voorwaarden en uitsluitingen zoals die ook voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook voor het buitenland

15.2 Vergoeding van zorg in land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden, naast het in dit artikel bepaalde, ook de voorwaarden en uitsluitingen zoals die ook voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook voor het buitenland

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn zij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 15 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 15 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven :

- om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor statistische analyse;
- voor wetenschappelijk onderzoek;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.