

Patiënteninfoblad 2



N F K

Nederlandse
Federatie van
Kankerpatiëntenorganisaties

Vershil van mening met uw zorgverzekeraar of specialist

*Platform Medicijnenbeleid
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
Datum van publicatie: maart 2005
Eerste revisie: juli 2005
Tweede revisie: juli 2006*

Lees ook de andere infobladen van het Platform Medicijnenbeleid:

- Infoblad 1: Hoe krijg ik de juiste behandeling en medicijnen?
- Infoblad 3: Veelgestelde vragen over klinische trials (wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe medicijnen)
- Infoblad 4: Nieuwe medicijnen, van laboratorium tot patiënt

Downloaden: www.kankerpatient.nl > over NFK > publicaties

Wat doet u als u het niet eens bent met het besluit van uw zorgverzekeraar om een door uw arts voorgeschreven geneesmiddel niet te vergoeden? Of als u er achter komt dat u misschien een betere behandeling had kunnen krijgen?

Het kan gebeuren dat u als patiënt met uw arts, apotheker of zorgverzekeraar een discussie moet aangaan over uw behandeling en de kosten daarvan. In "Infoblad 1: Hoe krijg ik de juiste behandeling en medicijnen?" leest u praktische tips voor de communicatie met uw specialist. Maar welke stappen kunt u zetten als u er met uw specialist of zorgverzekeraar niet meer uitkomt? Het Platform Medicijnenbeleid van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) zet de verschillende mogelijkheden voor u op een rij.

Inhoud

1. U bent het niet eens met de behandeling in het ziekenhuis	3
1.1 Overleg met uw specialist	3
1.2 Vraag een second opinion	3
1.3 Win advies in bij de Helpdesk Geneesmiddelen	3
1.4 Spreek uw zorgverzekeraar aan op nakoming zorgplicht	3
1.5 Zoek een ander ziekenhuis	4
1.6 Dien een klacht in bij het ziekenhuis	4
1.7 Vraag het ziekenhuis om schadevergoeding	4
1.8 Schakel het tuchtrecht of de inspectie in	4
2. Uw zorgverzekeraar weigert een voorgeschreven middel te vergoeden	5
2.1 Als het probleem gaat over een vergoeding uit de basisverzekering	5
2.2 Als het probleem gaat over een vergoeding uit de aanvullende verzekering	6

1. U bent het niet eens met de behandeling in het ziekenhuis

Voorbeeld

U bent in het ziekenhuis onder behandeling voor lymfeklierkanker. Door contact met uw patiëntenorganisatie en zoeken in medische literatuur en op internet ontdekt u dat er een behandeling is die wordt aanbevolen boven de behandeling die u nu krijgt. U bespreekt dit met uw specialist. Die kan u niet goed uitleggen waarom voor deze behandeling is gekozen in plaats van voor de aanbevolen behandeling. Wat nu?

Het kan zijn dat uw specialist met de zorgverzekeraar of met de ziekenhuisdirectie afspraken heeft gemaakt. Bijvoorbeeld om die dure behandeling waar u over gehoord heeft zo min mogelijk te gebruiken. Een reden daarvan kan zijn dat het ziekenhuisbudget niet toereikend is om de behandeling aan te bieden.

Wat te doen als u vindt dat u die dure behandeling toch zou moeten krijgen?

1.1 Overleg met uw specialist

De eerste stap is altijd: overleg nog eens rustig met uw behandelend specialist. Deze kan u informeren en ingaan op uw vragen. Vraag naar de reden waarom u die dure behandeling niet kan krijgen. Dit hoeft niet altijd een financiële reden te zijn. Het kan ook zijn dat de specialist gegronde medische redenen heeft om u deze behandeling af te raden.

1.2 Vraag een second opinion

Leidt het gesprek met uw specialist niet tot oplossingen, dan kunt u een 'second opinion' (tweede mening) vragen aan een andere specialist. Veel patiënten gaan hiervoor naar een gespecialiseerd kankercentrum of een Universitair Medisch Centrum. Maar u kunt ook redenen hebben om juist bij een specialist in een algemeen ziekenhuis om een tweede mening te vragen. Een second opinion vragen is niet hetzelfde als van behandelaar wisselen. U blijft in principe onder behandeling bij dezelfde specialist. Als u van behandelaar wilt wisselen zijn andere stappen nodig. Als u ook na een second opinion verschil van mening blijft houden met uw specialist en u wilt verdere stappen ondernemen, dan kunt u de hieronder genoemde acties overwegen. Bedenk daarbij dat u in principe recht heeft op alle benodigde informatie van uw behandelend specialist.

1.3 Win advies in bij de Helpdesk Geneesmiddelen

Als u van mening bent dat u bepaalde geneesmiddelen ten onrechte niet vergoed krijgt of als u vindt dat u op een andere manier wordt benadeeld door uw zorgverzekeraar, kunt u contact opnemen met de helpdesk "Zorg in Evenwicht".

De helpdesk is van maandag tot en met vrijdag tussen 9.00 uur en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 010 – 48 00 942. U kunt ook een [e-mail sturen](#) naar de helpdesk.

Een team van advocaten en (juridisch) medewerkers beantwoordt uw vragen, ondersteunt u in uw contact met de zorgverzekeraar en procedeert zo nodig in onacceptabele situaties. De kosten voor dergelijke juridische procedures komen voor rekening van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening. Dit is een onafhankelijke organisatie die arts en patiënt ondersteunt bij belemmeringen in het voorschrijven en de vergoeding van geneesmiddelen.

Meer informatie: www.helpdeskgeneesmiddelen.nl

↓

1.4 Spreek uw zorgverzekeraar aan op nakoming zorgplicht

Misschien aarzelt uw specialist een bepaalde behandeling in te zetten omdat dit (nog) niet door zorgverzekeraars wordt vergoed. In dit geval kunt u – liefst in goed overleg met uw specialist - uw zorgverzekeraar aanspreken op nakoming van diens 'zorgplicht'. U bent immers bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Als u in alle redelijkheid recht heeft op een bepaalde behandeling, kunt u via een procedure bij de rechtbank uw zorgverzekeraar dwingen u deze behandeling alsnog te laten ondergaan.

Dit zijn geen gemakkelijke procedures, maar patiënten hebben soortgelijke procedures al eerder met succes aangespannen. Wendt u zich voor vragen en voor meer informatie over dit soort procedures tot uw patiëntenorganisatie. Laat u zich bij uw zoektocht naar meer informatie niet

tegenhouden door de gedachte dat u misschien naar de rechter moet. In sommige gevallen kan een goed opgestelde brief met de juiste termen al voldoende zijn.

1.5 Zoek een ander ziekenhuis

Misschien bent u er achter gekomen dat er ziekenhuizen bestaan waar u wél in aanmerking komt voor de behandeling die u nodig meent te hebben. Zeker als uw vermoeden bevestigd is door een second opinion kan dit reden zijn op zoek te gaan naar een ander ziekenhuis. Misschien is uw specialist bereid u te helpen met een verwijzing naar een ander ziekenhuis. Weigert uw specialist medewerking, dan kunt u ook zelf een schriftelijk verzoek indienen bij het ziekenhuis waar u behandeld wilt worden. Schrijf een brief waarin u uitlegt waarom u van behandelaar wilt veranderen. Vraag daar zonedig hulp bij van uw patiëntenorganisatie of van de specialist waar u een second opinion heeft gevraagd.

1.6 Dien een klacht in bij het ziekenhuis

Als u het niet eens bent met de beslissing om u een bepaalde behandeling of medicijnen te weigeren, kunt u daarover ook een klacht indienen bij het ziekenhuis waar u behandeld bent. Alle ziekenhuizen, verpleeghuizen en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zijn verplicht een regeling te hebben voor het behandelen van klachten. Dit vloeit voort uit de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Op het indienen van uw klacht volgt in principe een nieuwe beoordeling van uw situatie. Voor praktische informatie over het indienen van een klacht kunt u veelal terecht op de website van het ziekenhuis waar u wordt behandeld.

Bij de onafhankelijke Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's) kunt u meer informatie krijgen over hoe en op welke gronden u een klacht kunt indienen en wat u er mee kunt bereiken. Ook kunt u hier advies krijgen. Op de website www.klachtenopvangzorg.nl kunt u opzoeken waar u het dichtstbijzijnde IKG kunt vinden. Dit kan ook via het centrale telefoonnummer (0900 – 243 70 70).

1.7 Vraag het ziekenhuis om schadevergoeding

Het kan gebeuren dat u (fysieke) schade oploopt als u ten onrechte een bepaalde behandeling of medicijnen niet krijgt. U kunt deze schade in principe verhalen op de specialist of het ziekenhuis waar u behandeld bent. Er kan dan namelijk sprake zijn van een schending van de behandelingsovereenkomst die voortvloeit uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Maar zelfs zonder u te beroepen op de WGBO kan een ziekenhuis of behandelaar de wettelijke plicht hebben om uw schade te vergoeden. Hiervoor moet aan drie voorwaarden voldaan zijn:

- er is onrechtmatig gehandeld (bijvoorbeeld in strijd met de behandelrichtlijnen);
- het is duidelijk welke persoon verantwoordelijk is voor de onrechtmatige handeling(en);
- uw schade werd duidelijk veroorzaakt door de onrechtmatige handeling(en).

Voor beide soorten schadevergoeding kunt u (liefst met medisch-inhoudelijke hulp) een brief schrijven aan de specialist of het ziekenhuis. Daarin stelt u de specialist of het ziekenhuis aansprakelijk voor de schade en verzoekt u om een reactie. Naar aanleiding van de reactie kunt u zonedig besluiten om verdere stappen te ondernemen. Neem dan contact op voor juridische hulp met een bureau voor rechtshulp of schakel een advocaat in.

1.8 Schakel het tuchtrecht of de inspectie in

Als u bijvoorbeeld gedupeerd bent omdat uw specialist zich zonder goede reden niet heeft gehouden aan richtlijnen van de betrokken beroepsgroep van specialisten kunt u overwegen om stappen te ondernemen op grond van het medisch tuchtrecht. Dit heeft kans van slagen als uw behandelaar iets deed of naliet dat:

- in strijd is met de zorgplicht ten opzichte van u, of
- in strijd is met het belang van een goede uitoefening van de gezondheidszorg.

Het medisch tuchtrecht biedt twee mogelijkheden:

1. U dient een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege. Of iemand anders kan dit doen namens u.
2. U doet een melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De bevoegde inspecteur voor de gezondheidszorg kan dan besluiten een klacht in te dienen bij het tuchtcollege.

Het Regionaal Tuchtcollege kan uw specialist een waarschuwing, berisping of een geldboete opleggen. Als u het niet eens bent met de uitspraak van het regionaal tuchtcollege kunt u nog in beroep gaan bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Den Haag.

Verdere informatie over het indienen van een klacht bij een tuchtcollege kunt u vinden in de brochure "Tuchtrecht in de Gezondheidszorg" van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze brochure is te raadplegen via de website: www.tuchtcollegegezondheidszorg.nl onder 'Tuchtrecht in de Gezondheidszorg'

2. Uw zorgverzekeraar weigert een voorgeschreven middel te vergoeden

Voorbeeld

U heeft een middel voorgeschreven gekregen tegen misselijkheid na chemotherapie en u gaat met het recept naar de apotheek. Daar hoort u dat uw zorgverzekeraar dit medicijn niet vergoedt. Wat nu?

Als een zorgverzekeraar weigert een geneesmiddel, dieetpreparaat of behandelmethode te vergoeden dat **buiten het ziekenhuis** wordt toegepast, kunt u bezwaar maken bij uw zorgverzekeraar.

Wilt u bezwaar maken tegen de beslissing van een zorgverzekeraar dan is het raadzaam vooraf te overleggen met uw patiëntenorganisatie. Zij hebben vaak ervaring met dit soort bezwaarprocedures of weten waar u terecht kunt voor verdere hulp. Ook kunt u informatie inwinnen bij de fabrikant van het voorgeschreven middel.

2.1 Als het probleem gaat over een vergoeding uit de basisverzekering

Op de basisverzekering zijn de regels uit de Zorgverzekeringswet van toepassing. In deze wet, en in enkele regelingen die op deze wet gebaseerd zijn, staat precies beschreven op welke zorg u recht heeft. Deze informatie kunt u ook vinden op de website van het **College voor Zorgverzekeringen**, bij Consumenteninformatie, onder "Recht op zorg". Als een specialist een geneesmiddel voorschrijft en de zorgverzekeraar weigert dit te vergoeden, kan dat in strijd zijn met deze wettelijke regels, maar dit is niet altijd zo.

Spelregels voor de zorgverzekeraar

Bij een beslissing over een vergoeding moet uw zorgverzekeraar zich houden aan de volgende spelregels:

- Voordat een vergoedingsaanvraag wordt afgewezen moet de zorgverzekeraar over de hiervoor noodzakelijke informatie beschikken. Zonodig moet deze informatie worden ingewonnen bij uw behandelaar en bij u.
- Een afwijzing mag geen beperking zijn van het in de wet vastgelegde basispakket.
- Als de zorgverzekeraar aan een vergoeding extra voorwaarden stelt, dan moeten deze wel vooraf kenbaar zijn gemaakt, in de polisvoorwaarden of reglementen.

Stichting EGV

Voor hulp bij en advies over de te ondernemen stappen kunt u te allen tijde contact opnemen met de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening. Het advocatenkantoor KienLegal geeft u in opdracht van deze onafhankelijke stichting gratis advies en bijstand. Meer informatie over deze stichting vindt u op www.stichtingegv.nl of www.helpdeskgeneesmiddelen.nl. Voor vragen kunt u bellen naar 010 480 09 42.

Contact met uw verzekeraar

Als u het niet eens bent met een besluit van uw zorgverzekeraar, dan moet u dat eerst aankaarten bij de zorgverzekeraar. U vraagt uw verzekeraar dan om heroverweging van de weigering tot vergoeding. U stelt de zorgverzekeraar voortsnog in gebreke bij de nakoming van de zorgpolis. In

uw polis kunt u vinden welke procedure u hiervoor moet volgen. In veel gevallen zult u uw bezwaren schriftelijk kenbaar moeten maken. U legt in een brief uit waarom u het niet eens bent met de weigering tot vergoeding. Voeg bij deze brief een medisch-inhoudelijke verklaring van de specialist die de geweigerde behandeling heeft voorgeschreven. Daar kunt u uw specialist gewoon om vragen. Het kan zijn dat de zorgverzekeraar u na ontvangst van uw brief uitnodigt voor overleg. Op basis van uw brief en het eventuele overleg zal de zorgverzekeraar een nieuwe beslissing nemen over de vergoeding.

Vervolgstappen

Als u het met de beslissing van uw zorgverzekeraar na heroverweging ook niet eens bent, dan kunt u twee vervolgstappen ondernemen. U kunt het geschil voorleggen aan de onafhankelijke geschillencommissie of aan de burgerlijke rechter.

Bindend advies door onafhankelijke geschillencommissie

Indien u uw geschil wilt voorleggen aan de onafhankelijke geschillencommissie dan kunt u een brief sturen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (Postbus 291, 3700 AG, Zeist). Deze commissie hoort u en de zorgverzekeraar en geeft vervolgens een bindend advies. Het College voor Zorgverzekeringen, het adviesorgaan van de overheid dat vroeger Ziekenfondsraad heette, toetst of de uitspraak van de geschillencommissie juist is en zorgvuldig genoeg is voorbereid en beargumenteerd. De kosten van de beoordeling door de geschillencommissie bedragen € 38.

Procedure [Let op: GEEN beroep!] bij de burgerlijk rechter

U kunt uw geschil ook voorleggen aan de burgerlijk rechter. Afhankelijk van de hoogte van het bedrag waarover u een geschil heeft kunt u terecht bij de sector civiel of de sector kanton. Voordat u zich tot de rechter wendt, moet u de zorgverzekeraar schriftelijk in de gelegenheid stellen om, binnen een redelijke termijn, alsnog tot vergoeding over te gaan. Houdt u er wel rekening mee dat aan de procedure bij de burgerlijke rechter soms hoge kosten verbonden kunnen zijn. Is veel gevallen is het bovendien verplicht (en in bijna alle gevallen aan te raden) om u te laten bijstaan door een advocaat. Ook voor bijstand bij het voeren van zo'n procedure kunt u terecht bij de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening.

U kunt uw geschil ook nog aan de rechter voorleggen nadat de geschillencommissie erover uitspraak heeft gedaan, maar dan beoordeelt de rechter uitsluitend of de geschillencommissie wel op een juiste manier tot haar beslissing is gekomen.

2.2 Als het probleem gaat over een vergoeding uit de aanvullende verzekering

U kunt in de polisvoorwaarden van uw aanvullende verzekering terugvinden waar u precies recht op heeft.

Stichting EGV

Ook als het geschil met uw zorgverzekeraar gaat om vergoeding uit de aanvullende verzekering, kunt u voor hulp bij en advies over de te ondernemen stappen contact opnemen met de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening. Het advocatenkantoor KienLegal geeft u in opdracht van deze onafhankelijke stichting gratis advies en bijstand. Meer informatie over deze stichting vindt u op www.stichtingegv.nl of www.helpdeskgenesmiddelen.nl. Voor vragen kunt u bellen naar 010 480 09 42.

Contact met uw verzekeraar

Als uw zorgverzekeraar een vergoeding voor de aanvullende verzekering weigert en u bent het daar niet mee eens, dan kunt u dat het beste eerst aankaarten bij de zorgverzekeraar. In uw aanvullende polis kunt u vinden welke procedure u hiervoor moet volgen. Als u schriftelijk uw bezwaren kenbaar moet maken, schrijft u een brief waarin u uitlegt waarom u het niet eens bent met de weigering tot vergoeding. Voeg bij deze brief een medisch-inhoudelijke verklaring van de specialist die het geweigerde middel heeft voorgeschreven. Daar kunt u uw specialist gewoon om vragen.

Vervolgstappen

Ombudsman Zorgverzekeringen

Als u een probleem heeft met de aanvullende verzekering, dan kunt u dat ook eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen (Postbus 291, 3700 AG Zeist, 030 – 6988360, www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl). De Ombudsman is door de leden van de vereniging van zorgverzekeraars in het leven geroepen. Deze instantie bemiddelt tussen een verzekerde en de zorgverzekeraar en probeert partijen bij elkaar te brengen. De Ombudsman doet geen bindende uitspraak.

Burgerlijk rechter

U kunt uw geschil ook voorleggen aan de burgerlijk rechter. Afhankelijk van de hoogte van het bedrag waarover u een geschil heeft kunt u terecht bij de sector civiel of de sector kanton. Voordat u zich tot de rechter wendt, moet u de zorgverzekeraar schriftelijk in de gelegenheid stellen om, binnen een redelijke termijn, alsnog tot vergoeding over te gaan. Houdt u er wel rekening mee dat aan de procedure bij de burgerlijk rechter hoge kosten verbonden kunnen zijn. In veel gevallen is het bovendien verplicht (en in bijna alle gevallen aan te raden) om u te laten bijstaan door een advocaat. Ook voor bijstand bij het voeren van zo'n procedure kunt u terecht bij de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening.