

Een Selectief Polis is een basisverzekering en betreft een naturapolis waarbij de verzekerde voor planbare ziekenhuiszorg alleen terecht kan bij een aantal geselecteerde ziekenhuizen (inclusief nevenvestigingen) en alle gecontracteerde Zelfstandige Behandel Centra (ZBC).

Verskil tussen planbare zorg en spoedeisende zorg

- Bij planbare zorg is er veelal sprake van een doorverwijzing van een (huis)arts en maakt iemand een afspraak voor een behandeling (bijvoorbeeld via zorgbemiddeling) bij een ziekenhuis.
- Spoedeisende zorg (bijvoorbeeld je krijgt een ongeluk en wordt per ambulance naar een ziekenhuis gebracht of bij een bevalling) is in geen geval te voorzien en dus nooit planbaar.

Voor welke hulp naar welk ziekenhuis

- Voor alle planbare ziekenhuiszorg moet de selectief verzekerde gebruikmaken van een [geselecteerd ziekenhuis](#) of een gecontracteerde ZBC.
Voor alle aandoeningen/behandelingen die niet zijn gecontracteerd in deze geselecteerde ziekenhuizen kan een klant naar een ander geselecteerd ziekenhuis (inclusief eventuele nevenvestigingen) of ZBC.
- Voor spoedeisende zorg (en vervolghandeling bij doorverwijzing of intercollegiaal consult binnen 24 uur na spoedopname) en doorverwijzing van een specialist uit een geselecteerd ziekenhuis ("tertiaire verwijzing") kan de klant bij alle (academische) ziekenhuizen in Nederland terecht.
- Verwijzing van een specialist uit een niet-geselecteerd ziekenhuis na spoedeisende zorg naar een niet-geselecteerd ziekenhuis wordt ook vergoed (100% ingediende tarief).
Dit geldt niet voor een interne verwijzing tussen twee specialismen binnen het ziekenhuis. Een interne verwijzing wordt anders geregistreerd binnen het ziekenhuis. Dit is GEEN tertiaire verwijzing, maar heet een verwijzing van een eigen patiënt of verwijzing naar een ander specialisme. Wel kan de patiënt vanuit de spoedeisende hulp doorverwezen worden naar een andere afdeling. Dit wordt dan gezien als spoedeisende zorg.
- Wanneer een niet-geselecteerd ziekenhuis voor planbare zorg verwijst naar een ander niet-geselecteerd ziekenhuis en verwijzer 6 gebruikt, dan zal deze 100% worden vergoed (dit type verwijzer valt onder de uitzonderingen). Echter het tweede ziekenhuis heeft de plicht om de verzekerde te informeren over het feit dat het geen geselecteerd ziekenhuis is.
- Voor planbare verloskundige zorg, IVF en laboratoriumonderzoek (eerstelijns diagnostiek) kan de klant bij alle gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland en dus niet alleen bij de ziekenhuizen die voor deze polis geselecteerd zijn terecht.
- Een geselecteerd ziekenhuis declareert een hoger bedrag dan dat wij uitbetalen. Er wordt een kortingspercentage toegepast. De verzekerde merkt hier financieel niets van, want wij betalen volledig. Er komen dus geen kosten voor de verzekerde, maar het verschil is wel op de DOV zichtbaar.
- Voor verrichtingen die vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering (flaporencorrectie bij kinderen, bovenooglidcorrectie, sterilisatie) kan de klant bij (alle) ziekenhuizen terecht die voor die verrichting gecontracteerd zijn.
- Als een klant kiest om naar een niet-geselecteerd ziekenhuis te gaan dan krijgt hij maximaal 75% vergoed van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Voor geneesmiddelen kunnen verzekerden gewoon terecht bij hun eigen apotheek als deze een contract met ons heeft.

Q&A

1. Waarom selecteren wij ziekenhuizen?

Omdat we van klanten vragen naar zorgverleners te gaan met wie Avéro Achmea de verzekeraar afspraken heeft gemaakt over prijs, patiëntveiligheid en kwaliteit kunnen we een flinke premiekorting geven. In 2013 werd het premieverschil alleen gemaakt door de selectiviteit op hulpmiddelen, sinds wij dat in 2014 ook voor medisch specialistische zorg zijn gaan doen daalt de premie aanzienlijk. Ten opzichte van de niet-selectief verzekerden kunnen we nu beter uitleggen dat er premievoordeel wordt gegeven, omdat er daadwerkelijk verschil is voor de klant.

2. Op basis waarvan hebben wij de ziekenhuizen (inclusief eventuele nevenvestigingen) geselecteerd?

Net zoals bij het contracteren van ziekenhuizen voor de overige polissen is gekeken naar kwaliteit en prijs. Daarnaast was het belangrijk dat de verdeling over Nederland goed is en dat de ziekenhuizen ook in wilde stemmen. Wij hebben dus niet uitsluitend gekeken naar prijs waardoor mensen kwalitatief minder goede zorg zou krijgen.

3. Welke ziekenhuizen hebben we gecontracteerd voor deze drie polissen?

De lijst met geselecteerde ziekenhuizen is te vinden op onze website.

4. Waarom wijkt de lijst met ziekenhuizen van 2015 af van de lijst in 2014?

Elk jaar gaat de verzekeraar / Avéro Achmea met ziekenhuizen in gesprek of ze zorg willen aanbieden aan verzekerden met een van de selectieve polissen. Ziekenhuizen kunnen dan een aanbod doen. Op basis van kwaliteit, prijs en zorgplicht wordt er dan een optimale selectie samengesteld. Dit jaar heeft men het absolute prijsniveau van het ziekenhuis meegenomen in plaats van de procentuele korting. Hierdoor hebben er zich wat verschuivingen voorgedaan. Voor alle verzekerden geldt nog steeds de maximale reistijd (OV of anders) van 30 minuten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Let op: lopende behandelingen gestart voor 31/12/2014 in een ziekenhuis dat voor 2015 niet meer is geselecteerd worden 100% vergoed op basis van de coulanceregeling.

5. Mag de verzekerde met een selectief-polis wel naar iedere categoriale instelling, ZBC of revalidatiecentrum?

De selectief polis geldt alleen voor ziekenhuizen. Dit betekent dat categorale instelling, revalidatie instellingen en ZBC's daarvan zijn vrijgesteld. Uiteraard geldt dan wel "gecontracteerd" of "niet gecontracteerd".

6. Kan een klant ook naar een niet-geselecteerd ziekenhuis?

Ja, bijvoorbeeld als men een ongeluk krijgt of thuis wil bevallen en door complicaties met spoed naar het ziekenhuis moet. Dan is er sprake van spoedeisende hulp. Of als men ernstig ziek wordt en een complexe operatie nodig heeft kan een medisch specialist de klant doorverwijzen (tertiaire verwijzing) naar een (academische) ziekenhuis (binnen Nederland) dat deze zorg het beste levert. Dit is inclusief de nazorg. Er is sprake van nazorg als de verzekerde met dezelfde zorgvraag wordt doorbehandeld in het ziekenhuis.

7. Voor welke doelgroep is dit product het meest geschikt en waarom?

Deze groep koopt geen zorg in voor de toekomst maar sluit een zorgverzekering af met een zo laag mogelijke premie, omdat het nu eenmaal verplicht is. Een lage maandelijkse premie is voor hen het belangrijkste. Veelal hebben deze verzekerden ook een hoger eigen risico omdat men niet verwacht gebruik te hoeven maken van de zorg. Ze verwachten ook het komende jaar geen zorgbehoefte te hebben. Deze groep lijkt het minst geraakt door de boodschap van gecontracteerde zorg en staat hier ook niet altijd per definitie negatief tegenover.

- jongeren
- weinig tot geen zorg verleden
- in goede gezondheid
- verwachten in 2015 ook geen zorg af te nemen
- lage premie is belangrijkste
- hoog eigen risico
- afstand naar een geselecteerd ziekenhuis neemt men voor lief
- binding met een 'eigen' ziekenhuis is niet of nauwelijks aanwezig

9. Krijgt de klant reiskosten vergoed als hij extra kilometers moet reizen om naar een gecontracteerd ziekenhuis te gaan?

Nee, er worden geen extra kilometers vergoed, de polisvoorwaarden vervoer zijn hierop van toepassing.

10. Hoeveel krijgt een klant vergoed als een specialist in een Selectief ziekenhuis hem doorverwijst naar een door Achmea gecontracteerd, maar "niet-geselecteerd Selectief" ziekenhuis?

De klant krijgt 100% vergoed omdat het hier gaat om een doorverwijzing vanuit een specialist naar een regulier gecontracteerd ziekenhuis.

11. Naar welk ziekenhuis mag een klant als hij zijn heup moet laten vervangen, als het geselecteerde ziekenhuis geen heupvervangende doet?

Naar een andere geselecteerde aanbieder waar deze aandoening is gecontracteerd.

12. Als er een wachtlijst is voor een behandeling in een geselecteerd ziekenhuis, waar kan de klant naartoe bemiddeld worden?

Naar een ander geselecteerd ziekenhuis of een ZBC.

13. Moet ik voor laboratoriumonderzoeken ook naar een Selectief ziekenhuis?

Nee, voor laboratoriumonderzoeken die u op advies van uw huisarts bij een ziekenhuis laat doen kunt u in alle ziekenhuizen terecht.

15. Is een ziekenhuis verplicht mij te informeren als zij niet gecontracteerd zijn voor een Selectieve polis?

De zorgaanbieder is verplicht u te informeren over te verwachten kosten en eigen bijdrage. Als een zorgaanbieder rechtstreeks een declaratie aan u verstuurd is een geneeskundige behandelingsovereenkomst nodig met u (7:446 BW). U moet dan ook worden geïnformeerd over de

voorgenomen behandeling, en dus ook over de kosten en eigen betalingen voor de medische behandeling.

16. Als een bepaald specialisme afwezig is in een geselecteerd ziekenhuis mag ik dan al direct naar een niet geselecteerd ziekenhuis? Is dit nog aan afstand gebonden?

Als een bepaald specialisme afwezig is in een geselecteerd ziekenhuis dan moet een verzekerde naar een ander gecontracteerd geselecteerd ziekenhuis of ZBC. Of de klant moet een tertiaire verwijzing hebben van behandeld medisch specialist (in bas ziekenhuis).

17. Wat is de regeling van overstappers (nieuwe verzekerden) die al onder behandeling zijn bij een niet selectief ziekenhuis?

Als de DBC in 2014 is geopend dan komen de kosten voor de initiële DBC voor rekening van de vorige verzekeraar. Het is raadzaam om de verzekerde contact op te laten nemen met de vorige verzekeraar. Eventueel vervolg DBC's of gerelateerde DBC's worden door ons alleen vergoed bij gecontracteerde selectief ziekenhuizen of DBC's.

18. Kan een verzekerde die in het buitenland woont ook een Selectief Polis afsluiten?

Ja, als er "verzekeringsrecht" bestaat kan ook de selectief-polis worden gekozen. Wij hebben geen geselecteerde ziekenhuizen buiten Nederland, dus de klant moet zelf bepalen of het een verstandige keus is. Wij bieden de polis niet actief aan voor in het buitenland wonende verzekerden.