



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202000897
Zittingsdatum : 18 november 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hiernate noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Met een ongedateerde brief - ontvangen op 10 juli 2020 - heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 september 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 8 oktober 2020 per e-mail meegedeeld dat zij niet wil worden gehoord en daarbij een aanvullende verklaring van haar fysiotherapeut overgelegd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2020 per e-mail meegedeeld dat hij niet wil worden gehoord. Van de gelegenheid om een aanvullende reactie te geven, heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Op 20 oktober 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020042094) uitgebracht. Een kopie is op 20 oktober 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft op 5 november 2020 per brief gereageerd. Een kopie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De reactie van verzoekster op het voorlopig advies is aan het Zorginstituut gestuurd. Op 26 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 december 2020 per e-mail meegedeeld geen gebruik te willen maken van deze gelegenheid. Verzoekster heeft op 1 december 2020 per e-mail gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 2 december 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering IZA Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 6 januari 2020 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 24 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.3. In het zorgplan - dat deel uitmaakt van de hiervoor genoemde aanvraag - heeft indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard:
*"(...) Zelfzorgtekort bij het aan- en uittrekken van steunkousen door spierzwakte bij MS. Doel: mevr draagt dagelijks de steunkousen ter preventie van recidive oedeem bij hart- en vaatproblematiek. Zorg door verpleegkundige, verzorgende (vanaf 6 januari 2020). Hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen. (10 min, 2 keer dagelijks).
(...)
Zelfzorgtekort in algemene dagelijkse, handelingen als eten en drinken pakken, jas aan en uittrekken, etc. i.v.m. spierzwakte door MS. Doel: mevrouw ondervindt zo min mogelijk hinder van ziekte in dagelijks leven, waarbij zij wel gemotiveerd wordt tot het zelf blijven uitvoeren van handelingen die zij nog zelf kan. Oefening en beweging (vanaf 6 januari 2020).
Motiveren tot behoud zelfredzaamheid en ondersteunen bij algemene dagelijkse handelingen die mevr. niet langer zelf uit kan voeren. Schatting van minimale zorgduur per week (60 min).
(...)
Niet in staat zelfstandig medicatie in te nemen gezien spierzwakte door MS. Doel: mevr. krijgt op tijd haar medicatie. Medicatietoediening (vanaf 6 januari 2020). Medicatie en glas water aanreiken (10 min, 4 keer dagelijks).
(...)
Zelfzorgtekort bij wassen, douchen, kleden, toiletaangelegenheden i.c.m. transfer met actieve lift door spierzwakte bij MS. Doel: mevr. ervaart geen nadeel van haar ziekte in haar persoonlijke verzorging en behoudt haar eigen regie. Persoonlijke hygiëne (vanaf 6 januari 2020) Ochtend: toiletgang, wassen/douchen, kleden, mondzorg en na douchen haar drogen (gemiddeld 50 min.). Drie maal tussendoor hulp bij toiletgang op invalidentoilet eerste verdieping (20 min. per keer). Avond: omkleden voor de nacht, mondzorg, verschonen incl. schone inco[n]tinentiemateriaal] aandoen (30min.). Alles inclusief transfers met actieve lift. (...)"*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend met ingang van 9 april 2020 op basis van 16 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 20 augustus 2020 over verzoekster verklaard:
(...) Ik ben bij [verzoekster] geweest voor de herindicatie betreffende de PGB. Allereerst vind ik het merkwaardig dat iemand met een progressief (tevens chronisch) ziektebeeld ineens minder zorg nodig heeft. Nog merkwaardiger dat het besluit tot inkorten van haar PGB budget besloten wordt op basis van een zeer kort telefonisch gesprek. Daarnaast heb ik van mevrouw begrepen dat het aangegeven doel van dat gesprek, het vaststellen van haar wilsbekwaamheid zou zijn. Ik ben gewend dat ik bij vragen omtrent de indicatie eerst gebeld word. Ik ben niet voor niets als professional voor uitgebreid gesprek bij mevrouw geweest. Anders vraag ik mij toch af waar jullie mijn indicatiestelling voor nodig hebben, als jullie er vervolgens een eigen plan op nahouden.
- Om te reageren op de aangegeven grond van inkorten van het PGB budget: mevrouw is bekend met oedeemvorming. Dit is al jaren en vastgesteld door de huisarts. Mevrouw droeg langere tijd steunkousen en is op tip van haar huisarts overgegaan op een vorm van manuele lymfedrainage. De fysiotherapeut heeft vervolgens mevrouw haar partner deze techniek aangeleerd en het werkt in mevrouw haar geval goed. Hier is haar partner langer mee bezig op een dag, dan met het aan- en uittrekken van steunkousen. Om deze reden heb ik de kortere tijden gehanteerd die voor steunkousen staat. Het is in mijn ogen de keuze tussen beiden om meer tijd te besteden aan een voor mevrouw prettigere preventieve interventie dan de tijd die er voor steunkousen geïndiceerd wordt. Daarnaast vraag ik mij ook af hoe ervan uitgegaan is dat mevrouw zelf haar medicatie in kan*

nemen. Door de telefoon kun je haar geen poging hebben zien doen. Wat ik bij een huisbezoek wel heb kunnen beoordelen.

Het is prachtig dat, in een tijd waarin het gewenst is dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, iemand met dermate invasieve problematiek nog thuis kan blijven wonen. Naast een goed aangepaste woning, heeft mevrouw dit geheel te danken aan de goede zorg die zij van haar partner ontvangt. Zonder die zorg zou mevrouw niet langer thuis kunnen blijven wonen. (...)"

- 3.7. In een ongedateerd rapport heeft de behandelend fysiotherapeut over verzoekster verklaard: "(...) Pte behandel ik 3x pw., al gedurende enige jaren.

ADL: ondanks de intensieve therapie is de ADL act achteruitgegaan.

- De handfunctie Li is verdwenen ivm opgetreden flexiespasme in de hand en in de elleboog
- De handfunctie R is afnemend door verandering van de proprioceptie en afname van de vingerkracht = knijpfunctie.
- De mobiliteit in mn de Li schouder is afgenomen door toegenomen spasme
- Actieve hoofdstabiliteit is afgenomen, hoofdsteen is noodzakelijk
- Zitbalans is verminderd, balans is moeilijker
- Meer spasmen in beide heupen en vaker optredend extensie spasme in de knieën.
- Staan aan de oefenbaar is niet meer mogelijk.
- Transfers zijn moeilijker uitvoerbaar, waardoor haar partner zwaarder wordt belast

Resumé: progressieve MS met afname van mob / spierkracht / ADL functies (...)"

- 3.8. Op 20 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

(...) Ondersteuning bij dagelijkse handelingen

De indicierend wijkverpleegkundige heeft tijd geïndiceerd voor het motiveren tot behoud zelfredzaamheid en ondersteunen bij algemene dagelijkse handelingen die verzoekster niet langer zelf uit kan voeren. Er is hierbij geen sprake van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop.

Het aanreiken van medicatie

Het aanreiken van medicatie hoeft geen zorg te zijn die verwacht mag worden van het netwerk van een verzekerde. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de belastbaarheid van het netwerk te beoordelen en om te beoordelen of eventueel gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen. Het is onduidelijk waarom verweerder hierover geen contact heeft opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige alvorens de uren te verlagen.

Aan- en uittrekken van de steunkousen en het masseren van de benen

Verzoekster draagt op dit moment geen steunkousen, daarom had deze zorg niet geïndiceerd moeten worden. Verweerder heeft deze uren terecht niet toegekend. Het masseren van de onderbenen is niet meegenomen in de indicatiestelling en is dan ook niet onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige. Zonder indicatie kan niet beoordeeld worden of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.

Conclusie

Er is geen sprake van geneeskundige zorg of een hoog risico daarop voor wat betreft de geïndiceerde zorg met betrekking tot ondersteuning bij dagelijkse handelingen. Voor het aanreiken van de medicatie is onvoldoende aangetoond dat deze zorg verwacht mag worden van het netwerk. De geïndiceerde zorg voor het aan- en uittrekken van steunkousen had niet geïndiceerd mogen worden. Het masseren van de onderbenen is niet geïndiceerd en kan daarom niet beoordeeld worden. (...)"

3.9. Het Zorginstituut heeft op 26 november 2020 per brief verklaard:
"(...) Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de ontvangen stukken het volgende op. Het masseren van de benen kan niet geïndiceerd en onderbouwd worden middels een brief van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige had het zorgplan moeten aanpassen, indien zij deze zorg wilde indiceren. Daarnaast betekent dat verzoekster vijf jaar geleden wel aanspraak kon maken op ondersteuning bij dagelijkse handelingen niet, dat zij daar nu ook recht op heeft. De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg moet onderbouwd worden in het voorliggende zorgplan. Uit het zorgplan blijkt niet dat sprake is van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen met ingang van 8 april 2020 op basis van 24 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging per week.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op verpleging en verzorging en het PGB vv 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. In artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op vergoeding van verpleging en verzorging. In het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2020' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is nader uitgewerkt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voor een PGB vv in aanmerking komt. Partijen verschillen enkel van mening over de hoogte van het toegekende PGB vv. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.

6.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte van de gestelde indicatie voor persoonlijke verzorging is afgeweken. De ziektekostenverzekeraar gaat er ten onrechte vanuit dat verzoekster in staat is zelfstandig haar medicatie in te nemen. Zij kan dit niet vanwege spasmen en onvoldoende kracht in de vingers. Om die reden is zij ook niet in staat zelfstandig haar ogen te druppelen. De ziektekostenverzekeraar gaat er ook ten onrechte vanuit dat de zorghandeling, die in de plaats is gekomen van het aan- en uittrekken van steunkousen, geen zorg is die verpleegkundigen plegen te bieden. Op advies van de huisarts draagt verzoekster niet langer steunkousen, omdat deze de bloedtoevoer van de benen teveel beperkten. In plaats daarvan wordt een soort van manuele lymfdrainage uitgevoerd. Deze zorghandeling heeft de zorgverlener van verzoekster aangeleerd gekregen van de fysiotherapeut. Voor deze handeling is door de wijkverpleegkundige minder tijd geïndiceerd dan voor het aan- en uittrekken van steunkousen.

Verzoekster begrijpt niet dat voor de ene handeling eerder wél een PGB vv is toegekend en voor de andere handeling niet, terwijl deze hetzelfde doel hebben.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen contact heeft opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige om de gestelde indicatie te bespreken. Dit bevreemdt de wijkverpleegkundige ook, omdat het aan haar als professional is de indicatie te stellen en waar nodig deze nader toe te lichten. Door zonder overleg af te wijken van de gestelde indicatie gaat de ziektekostenverzekeraar feitelijk op de stoel van de indicierend wijkverpleegkundige zitten en dat is niet toegestaan.

Voor de zorg waarvoor de ziektekostenverzekeraar wél een PGB vv heeft toegekend, is hij ook ten onrechte afgeweken van de gestelde indicatie. Het PGB vv is gebaseerd op 16 uren en 15 minuten zorg per week, terwijl 16 uren en 20 minuten zijn geïndiceerd.

In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster aangevoerd dat zij niet kan volgen waarom de geneeskundige context voor de 'algemene dagelijkse handelingen' onvoldoende is onderbouwd. Vijf jaar geleden heeft zij ook een PGB vv gekregen voor deze handelingen en was de onderbouwing blijkbaar wel voldoende. In de tussentijdse periode is haar gezondheid niet verbeterd, zodat ook geen aanleiding bestaat aan te nemen dat nu niet langer sprake zou zijn van een geneeskundige context.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het aan hem is te beoordelen of de geïndiceerde zorg is aan te merken als verpleging en verzorging en of deze zorg doelmatig is. Als dit niet het geval blijkt te zijn, wordt in afwijking van de gestelde indicatie een PGB vv toegekend of wordt dit geweigerd. Dit is opgenomen in artikel 5.8 van het reglement. Daarnaast wordt geen PGB vv verstrekt voor zorg die kan worden geleverd door het netwerk van verzekerde en voor wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg wordt verstaan de zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van een verzekerde in redelijkheid mag worden verwacht van huisgenoten, zoals de partner. Dit is opgenomen in artikel 4.11 van het reglement.

Op 27 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar een zogenaamd 'bewust keuze gesprek' gevoerd met verzoekster. Tijdens dit gesprek kwam naar voren dat de gestelde indicatie niet overeenkomt met de zorg die daadwerkelijk wordt geleverd. Zo neemt verzoekster haar medicatie zelfstandig in, nadat deze met een glas water wordt aangereikt door haar partner. Voor deze zorg is geen PGB vv toegekend op grond van artikel 4.11 van het reglement. Daarnaast merkt de ziektekostenverzekeraar op dat niet is onderbouwd waarom verzoekster met gebruik van hulpmiddelen niet zelfstandig haar medicatie kan innemen.

Voor de zorg die is geïndiceerd voor het aan- en uittrekken van steunkousen is geen PGB vv toegekend, aangezien verzoekster niet langer steunkousen gebruikt. Ook is geen tijd toegekend voor de zorghandeling die hiervoor in de plaats is gekomen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster baat heeft bij een vorm van manuele lymfedrainage, maar dit is geen zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden.

Ook is geen PGB vv toegekend voor allerlei begeleidende handelingen. Mogelijk is verzoekster hierop wel aangewezen, maar deze handelingen zijn niet aan te merken als verpleging en verzorging als bedoeld in de regelgeving. Dit is dan ook geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

- 6.5. De commissie stelt vast dat aan verzoekster met ingang van 9 april 2020 een PGB vv is toegekend op basis van 16 uren en 15 minuten persoonlijke verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor de zorghandelingen die in het zorgplan zijn beschreven als: (i) hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen (10 min, 2 keer per dag), (ii) motiveren tot behoud zelfredzaamheid en ondersteunen bij algemene dagelijkse handelingen die verzoekster niet langer zelf kan uitvoeren (60 min per week) en (iii) medicatie en glas water aanreiken (10 min, 4 keer per dag).

- 6.6. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar is afgeweken van de indicatie met betrekking tot de zorg waarvoor hij wél een PGB vv heeft toegekend. Uit de indicatie volgt namelijk dat voor de betreffende zorg totaal 16 uren en 20 minuten persoonlijke verzorging is geïndiceerd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen verklaring heeft gegeven waaruit volgt waarom hij op dit punt van de indicatie is afgeweken, was dit niet toegestaan.
- 6.7. De commissie overweegt ten aanzien van (i) dat vast staat dat verzoekster niet langer gebruik maakt van steunkousen, zodat zij niet meer is aangewezen op de zorg die voor het aan- en uittrekken hiervan is geïndiceerd. Uit de verklaring van wijkverpleegkundige volgt dat de geïndiceerde tijd is bedoeld voor het uitvoeren voor een vorm van manuele lymfdrainage door de zorgverlener van verzoekster. Deze zorg is echter niet geïndiceerd, zodat hiervoor geen PGB vv hoeft te worden toegekend. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 20 oktober 2020. Overigens overweegt de commissie dat de betreffende zorg geen zorg is zoals verpleegkundige die plegen te bieden, maar zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Voor deze zorg kan ook om die reden geen PGB vv worden toegekend, zelfs niet als hiervoor wél een indicatie was gesteld. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd over het nut van deze zorg, de lagere kosten en het feit dat eerder wel een vergoeding werd verleend voor zorg met eenzelfde doel, maakt deze conclusie niet anders.
- 6.8. De commissie overweegt met betrekking tot (ii) dat de zorg die is beschreven als 'motiveren tot behoud zelfredzaamheid en ondersteunen bij algemene dagelijkse handelingen die verzoekster niet langer zelf kan uitvoeren' niet nader is gespecificeerd. Er worden weliswaar twee voorbeelden gegeven in het zorgplan, maar het blijft onduidelijk welke handelingen nu precies zijn bedoeld, welke beperkingen verzoekster hierbij eventueel ervaart en welke zorg wordt verleend. Om die reden kan niet worden vastgesteld dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden of dat sprake is van een geneeskundig risico of een hoog risico hierop. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar voor deze zorg geen PGB vv hoeft toe te kennen. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd - met name dat in het verleden voor deze zorg wél een PGB vv is toegekend - leidt niet tot een andere beoordeling. De commissie dient haar oordeel te baseren op de onderhavige aanvraag en niet op een aanvraag die in het verleden is gedaan. Die aanvraag is immers niet in geschil.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor de zorg als beschreven onder (iii) - het aanreiken van medicatie en de ondersteuning bij het innemen hiervan - omdat volgens hem tijdens het 'bewust keuze gesprek' naar voren is gekomen dat verzoekster dit zelfstandig kan, danwel met gebruik van een hulpmiddel. Een en ander is door verzoekster en de indicierend wijkverpleegkundige gemotiveerd betwist. De commissie maakt uit het zorgplan op dat de zorg is geïndiceerd in verband met spierzwakte en spasmen als gevolg van MS. Daarnaast is door verzoekster aangevoerd dat de zorg niet alleen ziet op het aanreiken van medicatie, maar ook op het druppelen van de ogen. Niet valt in te zien dat een hulpmiddel, zoals de door de ziektekostenverzekeraar genoemde baxterrol, de beperkingen als gevolg van de spierzwakte en spasmen zullen opheffen. Evenmin is aannemelijk dat verzoekster met gebruik van een hulpmiddel wél zelfstandig de ogen kan druppelen. Dit betekent dat een hulpmiddel in deze situatie geen voorliggende voorziening is en dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg.
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat het redelijkerwijs van de partner van verzoekster mag worden verwacht dat hij de zorg als beschreven onder (iii) verleent, zodat hiervoor geen PGB vv hoeft te worden toegekend. Daarbij verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 4.11 van het reglement. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Het is primair aan de indicierend wijkverpleegkundige te beoordelen welke inzet van het netwerk van een verzekerde mag worden verwacht. Deze zorg wordt niet betrokken bij de indicatiestelling. Voor zover al onduidelijkheid bestaat over de vraag of en hoe de indicierend wijkverpleegkundige de inzet van het netwerk bij de indicatiestelling heeft betrokken, geldt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat daarover contact

op te nemen met de wijkverpleegkundige. Aangezien niet is gebleken dat dit in de onderhavige situatie is gebeurd, geldt de formele indicatiestelling als uitgangspunt bij de beoordeling van de aanspraak op het PGB vv. Artikel 4.11 van het reglement geeft de ziektekostenverzekeraar namelijk geen 'vrijbrief' zelf tot een indicatie te komen. Terecht is dan ook door de indicierend wijkverpleegkundige opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar daarmee in haar professionele domein treedt.

- 6.11. Op basis van hetgeen hiervoor is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen PGB vv toegekend voor de zorg als hiervoor beschreven onder (iii). Voor deze zorg is 40 minuten per dag, ofwel 280 minuten per week, danwel 4 uren 40 minuten per week geïndiceerd. De zorgverzekeraar is gehouden voor deze zorg met terugwerkende kracht tot 9 april 2020 een PGB vv toe te kennen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullend ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor persoonlijke verzorging en verpleging, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) De ziektekostenverzekeraar aan verzoekster per 9 april 2020 een PGB vv dient toe te kennen op basis van 21 uren persoonlijke verzorging per week;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 3 december 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van:

- Bewuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.4 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

Artikel 4. Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard.
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
 - g. de hulp tegen betaling verleent.
7. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.
8. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
9. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
10. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner.
11. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten. Het uitgangspunt voor de indicatiestelling is het Begrippenkader Indicatieproces V&VN. Onder huisgenoten verstaan wij de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie verzekerde duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her) indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.

2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekeren deel). Een 'Bewustkeuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. De indicatie wordt opgesteld volgens de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Wij kunnen dit uitvoeringsverzoek opvragen. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige beter ingeschat worden of de zorg kwalitatief verantwoord plaats gaat vinden zodat een indicatie kan worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicerende wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig, dan kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (interview) en na overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntensysteem en casemanagement. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- Twintig-weeken echo (SEO)
Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek:

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico heeft op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heeft u recht op prenatale diagnostiek.

Heeft u geen medische indicatie?

Als u geen medische indicatie heeft, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van een NIPT of invasieve diagnostiek.
 - Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek.
-

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.