



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, indicatie, hoogte tarief

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.4, 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902648

Zittingsdatum : 17 juni 2020



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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 10 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 mei 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 28 mei 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020020756) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 29 mei 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 juli 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 juli 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering VGZ (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende verzekering Jeugdzorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Op 23 mei 2019 heeft verzoekster ten behoeve van verzekerde een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 10 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week en 12 uren en 35 minuten verpleging per week.

3.3. De indicierend verpleegkundig specialist kinderchirurgie heeft op 23 mei 2019 in een zorgplan over verzekerde verklaard:

"(...) Wat is het ziektebeeld en voorgeschiedenis van het kind?

[Verzekerde] is prematuur geboren bij een zwangerschapsduur van 29wkn +4dgn. Hij ontwikkelde een NEC, waardoor hij nu met slechts 25% functionele darmen ernstig darmfalen heeft. In de eerste 3 levensmaanden heeft hij diverse operaties ondergaan. [Verzekerde] kreeg een darmstoma, deze is inmiddels opgeheven. [Verzekerde] wordt volledig parenteraal gevoed met TPV via een CVL. Het infuus bestaat uit glucose en vetten die respectievelijk in 16 en 12 uur/dag inlopen. [Verzekerde] heeft een neusmaagsonde gehad. Inmiddels neemt hij ook orale voeding, wat nu nog in opbouwfase

is. [Verzekerde] heeft 3-8x/dag dunne ontlasting t.g.v. een onvoldoende werking van de darmen. [Verzekerde] krijgt hiervoor Questran. Desondanks is frequent en direct verschonen van de luier en verzorgen van zijn billen geïndiceerd om te voorkomen dat de huid van de billen chronisch aangedaan is. [Verzekerde] laat een goede motorische en cognitieve ontwikkeling zien.

Wat is de gezinssituatie van het kind?

[Verzekerde] woont sinds januari '19 in een pleeggezin met pleegvader, pleegmoeder en pleegzusje ('16). [Verzekerde] valt onder jeugdbescherming Rotterdam en voogdij i.v.m. een uithuisplaatsing.

Wat is de zorgvraag van het kind en ouders? Omschrijf de behoefte aan verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging die het kind per dag nodig heeft.

- toedienen TPV, 2x/dag aankoppelen 20 min, 2x/dag afkoppelen 20 min, VP
- verschonen infuussystemen, 2x/week 15 min, VP
- verschonen fixatiefolie CVL, 3x/week 20 min, VP
- toedienen IV medicatie (taurosept, esomeprazol), 1x/dag 10 min, VP
- toedienen orale medicatie (questran), 5x/dag 5 min, PV
- toedienen scinjectie (fraxiparine), 1x/dag 5 min, VP
- temperaturen, 2x/dag 5 min, PV
- luierverschoning en billenverzorging 's nachts, 2x/dag 15 min, PV *
- bedverschoning 's nachts, 4x/week 15 min, PV **
- coördinatie van zorg door formele zorgverlener, continu, overeenkomend met 60 min/week, PV
- bestellen van middelen en materialen door formele zorgverlener, 30 min/week, PV
- dag- en logeeropvang, 1x/week 2 dagen en 1 nacht, verblijf (ZIN)

** naast de gebruikelijke 6x/dag overdag is dit bovengebruikelijke zorg*

*** naast de gebruikelijke wekelijkse bedverschoning is dit bovengebruikelijke zorg*

Beschrijf de situatie van de cliënt met betrekking tot de inzet van professionals / mantelzorgers / sociaal netwerk etc.

Pleegmoeder is verpleegkundige en bevoegd en bekwaam om alle handelingen uit te voeren.

Ook pleegvader is bekwaam. [Verzekerde] verblijft 1x/week 2 dagen en 1 nacht in Villa Expertcare in Rijswijk ter ondersteuning van de draagkracht van pleegouders. Vrienden en grootouders ondersteunen het gezin waar mogelijke met de gebruikelijke dagelijkse activiteiten. (...)"

- 3.4. Op 27 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat ten behoeve van verzekerde een PGB vv is toegekend van 16 juli 2019 tot en met 29 februari 2020 op basis van 12 uren en 30 minuten Verpleging per week en 4 uren Persoonlijke Verzorging per week. Het PGB vv is gebaseerd op een informeel tarief.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 4 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 28 mei 2020 heeft het Zorginstituut verklaard:
"(...) Verweerder heeft geen uren toegekend voor het bestellen van materialen en medicatie. Dit kan zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Echter is in de situatie van verzekerde geen sprake van een geneeskundige context. Het bestellen van materialen en medicatie behoort in deze situatie tot de ouderlijke taak.

Uit beschikbare informatie in het dossier blijkt niet op basis waarvan verweerder 4 uren verzorging heeft toegekend. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv dient sprake te zijn van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Verweerder heeft 4 uren verzorging toegekend voor het verschonen van het bed, verschonen van de luier, controleren van de vitale functies en de coördinatie van zorg. Deze uren zijn 'naar rato' toegekend omdat het volgens verweerder deels 'gebruikelijke zorg' betreft. De verdeling is echter niet beschreven. Door

het toekennen van uren erkent verweerder dat de geïndiceerde zorg, zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en sprake is van een geneeskundige context.

Het Zorginstituut kan niet beoordelen hoeveel uren toegekend zouden moeten worden op basis van een dossier. Het Zorginstituut kan alleen beoordelen of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context.

(...)

Ten overvloede merkt het Zorginstituut nog op dat op basis van de informatie in het dossier voor een deel van de geïndiceerde verzorging geen sprake lijkt te zijn van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Dit is echter niet in geschil nu verweerder deze uren deels heeft toegekend.

(...)

Conclusie

De geïndiceerde zorg voor het bestellen van materialen en medicatie komt niet voor vergoeding in aanmerking omdat geen sprake is van een geneeskundige context. Het Zorginstituut kan geen uitspraken doen over de hoogte van het aantal uren. Aangezien voor de overige verzorging uren zijn toegekend is niet in geschil of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar een PGB vv ten behoeve van verzekerde moet toekennen op basis van 10 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week en 12 uren en 35 minuten verpleging per week;

(ii) de ziektekostenverzekeraar het PGB vv dient te baseren op het formele tarief.

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 zorgverzekering en artikel 7 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 een 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 13 van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een Verpleging en Persoonlijke Verzorging. In het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (hierna: het reglement) heeft de ziektekostenverzekeraar nader uitgewerkt wanneer en onder welke voorwaarden recht bestaat op een PGB vv.

- 6.3. De commissie stelt vast dat tussen partijen niet in geschil is dat verzekerde recht heeft op een PGB vv en daarmee behoort tot de doelgroep als beschreven in artikel 2.1 van het reglement en dat ook wordt voldaan aan de voorwaarden als beschreven in artikel 3 van het reglement. Partijen verschillen wel van mening over het hoogte van het PGB vv. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.
- 6.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar van de gestelde indicatie is afgeweken, omdat hij het verschonen van verzekerde aanmerkt als 'gebruikelijke zorg'. Daarmee gaat hij voorbij aan het feit dat verzekerde een dunner darm heeft, als gevolg waarvan hij veel frequenter ontlasting heeft, die bovendien dunner is. Dit leidt ertoe dat verzekerde veel vaker verschoond moet worden dan een gezond kind. Het leidt er ook toe dat de kleding en het bed van verzekerde veel vaker verschoond moeten worden. Deze zorg is dan ook geïndiceerd als boven gebruikelijke zorg. Verzoekster heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv ten onrechte heeft gebaseerd op het informele tarief. In artikel 7.2 van het reglement is beschreven dat een informele zorgverlener een partner en/of bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of niet is ingeschreven als (verpleegkundige) zorgverlener. Verzoekster is pleegouder van verzekerde en om die reden niet aan te merken als bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad. Daarnaast is zij een gediplomeerd verpleegkundige. Zij moet dan ook worden aangemerkt als formele zorgverlener, waardoor zij een hoger tarief in rekening mag brengen voor de zorg die zij verleent.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een deel van de geïndiceerde zorg als gebruikelijke zorg aan kinderen van een vergelijkbare leeftijd als verzekerde is aan te merken. Zo zijn jonge kinderen, ongeacht hun lichamelijke beperkingen, niet in staat zichzelf te verschonen. Voor deze zorghandeling wordt om die reden geen PGB vv toegekend. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 september 2019 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. In dit gesprek gaf zij aan dat het gebruikelijk is een kind in de leeftijd van verzekerde 8 tot 10 keer per dag te verschonen. Uit het zorgplan volgt niet dat verzekerde vaker moet worden verschoond, zodat van boven gebruikelijke zorg geen sprake is. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat bepaalde zorghandelingen zijn aan te merken als begeleiding en om die reden niet mogen worden meegenomen in de indicatie. Hierbij gaat het om het coördineren van de zorg, het bestellen van medicatie en het verschonen van het bed. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat een pleegouder gelijk wordt gesteld aan een ouder of verzorger van een kind. In dit verband wordt verwezen naar de Wet op Jeugdzorg, de beroepscode van verpleegkundigen en de eed die zij moeten afleggen. Dit vormt voor de ziektekostenverzekeraar reden het PGB vv te baseren op het informele tarief. Dat strikt genomen niet wordt voldaan aan de beschrijving van artikel 7.2 van het reglement doet daar volgens de ziektekostenverzekeraar niets aan af. Overigens merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzekerde niet uitsluitend door verzoekster wordt verzorgd, maar ook door de pleegvader.

Verpleging

- 6.6. Ten behoeve van verzekerde is een PGB vv aangevraagd op basis van 12 uren en 35 minuten verpleging per week. Uit het zorgplan volgt dat deze tijd samenhangt met de volgende handelingen: (i) toedienen van TPV via een centraal veneuze katheter (9 uren en 20 minuten), (ii) toedienen van medicatie bij een centraal veneuze katheter via een infuussysteem (1 uur en 10 minuten), (iii) verwisselen van de tegaderm en toebehoren bij een centraal veneuze lijn (1 uur en 30 minuten), (iv) toedienen van medicatie via een subcutane injectie (35 minuten).
- 6.7. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde redelijkerwijs op de hiervoor genoemde zorghandelingen is aangewezen en dat hiervoor een PGB vv moet worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar is echter afgeweken van de gestelde indicatie door een PGB vv toe te kennen op basis van 12 uren en 30 minuten verpleging per week. Een rechtvaardiging hiervoor ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar dient de indicatie dan ook te volgen en het PGB vv te baseren op 12 uren en 35 minuten verpleging per week.

 Persoonlijke verzorging

- 6.8. Ten behoeve van verzekerde is een PGB vv aangevraagd op basis van 10 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week. Uit het zorgplan volgt dat de indicatie is gebaseerd op: (i) orale medicatie toedienen (2 uren en 55 minuten), (ii) verschonen in verband met incontinentie van urine en faeces (3 uren en 30 minuten), (iii) verschonen van kleding, bed, materialen en leefruimte (1 uur), (iv) medische materialen controleren en bestellen (1uur), (v) contact onderhouden met verschillende disciplines over de voortgang van zorg (1 uur), (vi) volgens protocol vitale functies controleren (1 uur).
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 29 april 2020 aan de commissie verklaard dat verzekerde recht heeft op een PGB vv voor de zorg onder (i). Daarbij lijkt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uit te gaan dat deze zorg is aan te merken als verpleging, in plaats van persoonlijke verzorging. Hoe dit ook zij, de verklaring van de ziektekostenverzekeraar vormt voldoende aanleiding te bepalen dat voor deze zorg een PGB vv dient te worden toegekend op basis van 2 uren een 55 minuten per week.
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de handelingen als vermeld onder (ii), (iii), (v) en (vi) tezamen een PGB vv toegekend op basis van 4 uren persoonlijke verzorging per week. Daarmee erkent de ziektekostenverzekeraar dat deze handelingen zorg zijn zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden en dat verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar is van de gestelde indicatie afgeweken, omdat hij van oordeel is dat de indicerend verpleegkundige ten onrechte geen rekening heeft gehouden met het feit dat een kind in de leeftijd van verzekerde (1 jaar ten tijde van de aanvraag) altijd hulp nodig heeft bij de genoemde handelingen, omdat hij nog niet in staat is deze zelfstandig uit te voeren. Daarmee gaat de ziektekostenverzekeraar er ten onrechte aan voorbij dat de indicerend verpleegkundige hiermee rekening heeft gehouden bij het opstellen van de indicatie. In het zorgplan is ten aanzien van de handelingen als genoemd onder (ii) en (iii) namelijk een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de zorg die normaal gesproken aan een kind van 1 jaar wordt geleverd en de extra zorg die aan verzekerde moet worden geleverd gelet op zijn specifieke (gezondheids)situatie. De gestelde indicatie is uitsluitend gebaseerd op deze extra zorg. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet nader heeft onderbouwd waarom de indicatie op dit punt onjuist is, bestaat geen aanleiding hiervan af te wijken. De ziektekostenverzekeraar dient voor de handelingen als genoemd onder (ii) en (iii) dan ook een PGB vv toe te kennen overeenkomstig de gestelde indicatie.
- 6.12. Ten aanzien van de zorghandelingen als genoemd onder (v) en (vi) merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 april 2020 enerzijds bevestigt dat verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen, maar anderzijds van de indicatie afwijkt en 'naar rato' een PGB vv toekent. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet onderbouwd hoeveel tijd nu exact per zorghandeling is toegekend en heeft evenmin onderbouwd waarom die tijd passend is. Nu een dergelijke onderbouwing ontbreekt, heeft de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt dat de indicatie op dit punt onjuist of onvolledig is. De ziektekostenverzekeraar dient voor de handelingen als genoemd onder (v) en (vi) dan ook een PGB vv toe te kennen overeenkomstig de gestelde indicatie.
- 6.13. De ziektekostenverzekeraar heeft geen PGB vv toegekend voor de handeling als beschreven onder (iv). Uit het advies van het Zorginstituut van 28 mei 2020 volgt dat deze handeling zorg kan zijn zoals verpleegkundige die plegen te bieden, maar dat in de situatie van verzekerde de geneeskundige context hiervoor ontbreekt. Het bestellen en controleren van medische materialen behoort om die reden tot de ouderlijke taak. De commissie ziet geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar voor de handeling als beschreven onder (iv) geen PGB vv hoeft toe te kennen.

- 6.14. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar een PGB vv dient toe te kennen op basis van 9 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week.

Tarief

- 6.15. Partijen verschillen verder van mening over het antwoord op de vraag of verzoekster is aan te merken als een 'informele zorgverlener' als beschreven in artikel 7.2 van het reglement. Volgens dit artikel wordt als een informatie zorgverlener aangemerkt: (i) een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad, en/of (ii) een zorgverlener die geen BIG-geregistreerde verpleegkundige is of een zorgverlener die niet is geregistreerd als zorgverlener in het Handelsregister. Verzoekster is een gediplomeerd verpleegkundige en ook als zodanig is ingeschreven in het BIG-register, dus rest de vraag of zij - als pleegouder van verzekerde - is aan te merken als bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad. Deze vraag moet ontkennend worden beantwoord. Er is geen familierechtelijke betrekking tussen verzoekster en verzekerde. Evenmin is zij aan te merken als aanverwant van verzekerde. Een dergelijke band ontstaat bijvoorbeeld door een huwelijk of geregistreerd partnerschap en dat is hier niet aan de orde. Dit leidt tot de conclusie dat verzoekster is aan te merken als formele zorgverlener, als beschreven in artikel 7.2 van het reglement. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op de analoge toepassing van artikel 1.1 e.v. van de (voormalige) Wet op de jeugdzorg, alsmede het beroep op de beroepscode van verpleegkundigen, wordt door de commissie verworpen. Bepalend zijn de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst, die zijn gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 6.16. Gelet op het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar het PGB vv op basis van het formele tarief vast te stellen. Daarbij maakt de commissie de kanttekening dat uit het zorgplan is af te leiden dat de partner van verzoekster in sommige gevallen de zorg verleend. Hoewel uit het zorgplan blijkt dat hij 'bekwaam' is de zorg te verlenen, is niet gebleken dat hij ook is aan te merken als formele zorgverlener als bedoeld in artikel 7.2 van het reglement. Dit heeft tot gevolg dat voor de zorg die hij verleent niet meer dan het informele tarief in rekening mag worden gebracht.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.17. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en persoonlijke verzorging. Deze verzekering kan dus verder onbesproken blijven.
- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat

- (i) verzekerde recht heeft op een PGB vv op basis van 12 uren en 35 minuten verpleging en 9 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week;
- (ii) verzoekster het formele tarief in rekening mag brengen voor de zorg die zij in het kader van het PGB vv aan verzekerde verleent;
- (iii) de partner van verzoekster het informele tarief in rekening mag brengen voor de zorg die hij in het kader van het PGB vv aan verzekerde verleent;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 30 september 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 rehtens 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.

geldende herindicatie.

3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van de formele zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw zorgverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 39,63 per uur
 - Verpleging : € 59,08 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
 - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het

- c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
- 4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
- 5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Wilt u tijdelijk in het buitenland verblijven en wilt u in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren? Dan heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Om toestemming aan te vragen kunt u ons 'Aanvraagformulier Verpleging en verzorging buitenland' gebruiken. Dit formulier vindt u op onze website of kunt u telefonisch bij ons opvragen. Pas na onze schriftelijke toestemming mag u nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren. Houdt u er rekening mee dat voor door u in het buitenland gecontracteerde zorgverleners waarvoor de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving niet geldt, lagere formele maximumtarieven gelden op grond van het voor dat land geldende 'aanvaardbaarheidspercentage'.
7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
8. Het declareren van zorg via een akte van cessie is niet toegestaan.

Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde
 - NAW gegevens zorgverlener
 - relatie tussen verzekerde en zorgverlener
 - looptijd van de overeenkomst
 - welke zorg zal worden geleverd
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener
 Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar. U bent verplicht om eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op 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 coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. U kunt recht hebben op professionele zorgopvolging 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 kindzorghuis. 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 deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 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 kinderverpleegkundige, niveau 5 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

Bij een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op 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 een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans