

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM
CZ groep U.A. te Tilburg

Zaak : Bevalling en kraamzorg, schending zorgplicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.11 Bzv, Beleidsregel
toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars, Zvw TH/BR-025 van de Nederlandse
Zorgautoriteit

Zaaknummer : 202201532

Zittingsdatum : 10 mei 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief, gedateerd 25 september 2023, door de commissie ontvangen op 30 januari 2023, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 maart 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailbericht van 19 april 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 mei 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Op basis van hetgeen bij die gelegenheid is besproken, heeft de commissie partijen na afloop van de hoorzitting de mogelijkheid geboden alsnog gezamenlijk te zoeken naar een oplossing. Bij brief van 12 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht over de uitkomst van het met verzoekster gevoerde gesprek. Een afschrift hiervan heeft de commissie bij brief van eveneens 12 mei 2023 aan verzoekster gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van eveneens 12 mei 2023 heeft verzoekster gereageerd, waarbij zij de commissie tevens heeft verzocht een bindend advies uit te brengen. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering). Onduidelijk is of verzoekster in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar ook een aanvullende ziektekostenverzekering had afgesloten. Voor zover dit het geval was, geldt dat deze verzekering niet in geschil is en om die reden verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoekster is op 27 augustus 2022 bevallen van een dochter. Bij haar thuis zou kraamzorg worden geleverd door KraamZus, maar drie weken vóór de bevalling werd verzoekster meegedeeld dat dit door personeelstekorten niet mogelijk was en dat het alternatief

was te bevallen in een kraamhotel. Bij ongedateerde brief heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar laten weten dat dit voor haar geen optie was.

- 3.3. Naar aanleiding van bedoelde brief heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 augustus 2022 gesproken met de vader van verzoekster. De inhoud van dit telefoongesprek is bevestigd bij e-mailbericht van 1 september 2022. Tevens is bij die gelegenheid verwezen naar de SKGZ.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht jegens haar heeft geschonden omdat zij geen kraamzorg thuis kon ontvangen. Om die reden zou de ziektekostenverzekeraar haar financieel moeten compenseren.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster aangevoerd dat zij laat werd geïnformeerd over het feit dat zij geen kraamzorg thuis kon krijgen van KraamZus. Het geboden alternatief - bevallen in een kraamhotel - was voor haar onaanvaardbaar. Haar andere dochter mocht namelijk niet in het kraamhotel verblijven. Omdat deze dochter niet alleen kon zijn, betekende dit tevens dat haar echtgenoot daar niet aanwezig zou kunnen zijn. Verzoekster wilde kraamzorg thuis omdat zij stress wilde vermijden, zij de kraamtijd dan kon doorbrengen in de vertrouwde omgeving van haar huis, met het complete gezin, en met de mogelijkheid gewoon kraamvisite te ontvangen. Verzoekster heeft de kraamzorg thuis nu zelf georganiseerd. Degenen die haar hebben geholpen, hebben daar tijd voor vrij moeten maken. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar aan haar het bedrag moet vergoeden dat anders zou zijn besteed aan de kraamzorg door KraamZus of door het kraamhotel. Hier bestaat te meer aanleiding toe nu het probleem is ontstaan door het jarenlang uitkleden van de zorg.
- 4.3. Ter zitting is herhaald dat verzoekster pas kort voor de bevalling te horen kreeg dat de kraamzorg door KraamZus niet kon worden geleverd. Toen verzoekster de ziektekostenverzekeraar hierop aansprak kreeg zij alleen te horen dat de kraamzorg vanuit een kraamhotel kon worden geleverd. Verzoekster had niet alleen op meer begrip van de ziektekostenverzekeraar gerekend, maar zij meent ook dat laatstgenoemde een bemiddelende rol had kunnen spelen. Verder is door verzoekster nogmaals toegelicht dat zij het aanbod van het kraamhotel heeft geweigerd omdat in het hotel maar zeer beperkt bezoek mogelijk was. Met betrekking tot de gevorderde financiële compensatie heeft verzoekster verklaard dat zij zich hiervoor mogelijk zal wenden tot de burgerlijke rechter.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.5. Na de hoorzitting heeft verzoekster met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gesproken, om te bezien of een regeling in der minne tot de mogelijkheden behoorde hetgeen niet het geval bleek te zijn. Wat in dat kader over en weer is besproken en de indruk die de opstelling van de ziektekostenverzekeraar daarbij op verzoekster heeft gemaakt, blijft hier verder buiten beschouwing, want is niet relevant voor de door verzoekster aan de commissie voorgelegde vraag of de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden door geen kraamzorg thuis te verschaffen.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat, door personeelstekorten in de regio waar verzoekster woont, het in augustus en september 2022 niet mogelijk was kraamzorg thuis te leveren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn toen gezamenlijk op zoek gegaan naar oplossingen, maar al snel werd duidelijk dat er geen kraamverzorgenden in de omgeving beschikbaar waren. Daarom werd besloten een kraamhotel te openen. Concentratie van de zorg zou namelijk het meest aan het capaciteitsprobleem tegemoetkomen. In andere grote steden

wordt ook gebruik gemaakt van kraamhotels. Een en ander is afgestemd met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en volgens deze instantie speelde in 2008 een soortgelijk probleem toen door de zorgverzekeraars vanwege capaciteitsproblemen onvoldoende uren kraamzorg konden worden gecontracteerd. Destijds is met betrekking tot de invulling van de zorgplicht aansluiting gezocht bij de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Hieruit kan worden afgeleid dat de zorgplicht niet zo ver reikt dat het onmogelijke kan worden verlangd van een zorgverzekeraar. Als dit in de praktijk betekent dat de kraamverzorgende niet naar de verzekerde kan komen, maar dat de verzekerde naar de kraamverzorgende komt, dan is dat een oplossing waarmee alsnog aan de bestaande zorgplicht wordt voldaan. Als dit dan aan de orde is, moet de zorgverzekeraar er wel zeker van zijn dat:

- de kraamverzorgende inhoudelijk zorg gaat leveren 'zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden';
- de verzekerde hiervan geen financieel nadeel ondervindt (bijvoorbeeld via het VER voor het verblijf in het kraamhotel), het is immers niet de keuze van de verzekerde;
- aan het begin van de kraamperiode wordt vastgesteld hoeveel uren kraamzorg gaan worden verleend, nu dit niet in de eigen omgeving van de verzekerde is: welke doelen worden nog nagestreefd?
- geen eigen bijdrage wordt berekend, aangezien de zorg niet ten huize van de verzekerde plaatsvindt.

5.2. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij nog aan dat het niet verplicht was van het aanbod voor het kraamhotel gebruik te maken. Die keuze lag bij de betrokken verzekerden. Verzoekster heeft besloten het aanbod af te wijzen. Financiële compensatie is in dit geval niet aan de orde, aangezien degenen die de kraamzorg bij verzoekster thuis hebben verleend niet over de vereiste kwalificaties beschikken. Bovendien zou afwijken in het individuele geval afbreuk doen aan de gekozen oplossing voor het capaciteitsprobleem voor alle verzekerden in de desbetreffende postcode-range, te weten het kraamhotel.

De ziektekostenverzekeraar begrijpt overigens wel dat verzoekster zich voor het blok gezet voelde. Omdat hij nog in overleg was met andere partijen en tot een zorgvuldige oplossing voor het probleem wilde komen, was het niet mogelijk haar eerder te informeren. Voor het feit dat verzoekster niet de service heeft gekregen die zij van hem mocht verwachten, biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat niet alleen hij, maar ook andere zorgverzekeraars, in het postcodegebied van verzoekster kampten met een tekort aan kraamhulp. Vanwege dit tekort was het dus ook niet mogelijk de kraamzorg bij een ander kraamzorgbureau te betrekken. Gelet op de bestaande capaciteitsproblemen zag de ziektekostenverzekeraar zich genoodzaakt andere mogelijkheden te onderzoeken. Om toch kraamzorg te kunnen leveren is verblijf in een kraamhotel als alternatief voor kraamzorg thuis aangeboden. Hoewel een en ander niet ideaal is - zo kon bijvoorbeeld de dochter van verzoekster in de nachtelijke uren, in verband met de rust, niet in het kraamhotel verblijven - kon op deze wijze wel de zorg worden geleverd en is van schending van de zorgplicht geen sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft verder herhaald geen aanleiding te zien verzoekster financieel te compenseren.

5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5.5. Na de hoorzitting heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar met verzoekster gesproken over een 'symbolische compensatie', dat wil zeggen een financiële tegemoetkoming, anders dan bij wijze van schadevergoeding. Een en ander heeft niet tot een vergelijk geleid.

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de zorgplicht en over kraamzorg alsmede die uit de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de Nederlandse Zorgautoriteit 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

- 7.2. Naar verzoekster ter zitting heeft verklaard, zal zij zich voor de aanvankelijk door haar gevorderde financiële compensatie mogelijk tot de burgerlijke rechter wenden. De commissie laat dit onderdeel van het verzoek daarom rusten en zal uitsluitend ingaan op de vraag of de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. In dat kader overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. Artikel 2.11 Bzv bepaalt dat kraamzorg de zorg omvat zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het is aan de zorgverzekeraar om in de verzekeringsvoorwaarden uit te werken waar en door wie de zorg mag worden geleverd. Over de plaats waar de zorg wordt verleend, bepaalt artikel A.17.6. van de voorwaarden van de zorgverzekering dat de zorgverlening, waar het gaat om een verloskundige, kan geschieden "in een geboortecentrum, kraamhotel, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats". Voor andere zorgverleners geldt als plaats van zorgverlening: "in de praktijk van die zorgverlener, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats". Uit het voorgaande volgt dat bevalling en - aansluitend - kraamzorg kunnen plaatsvinden in een kraamhotel, bij de verzekerde thuis of op diens tijdelijke verblijfplaats. Artikel B.7. van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt: "U regelt zelf uiterlijk in de 20ste week van uw zwangerschap de kraamzorg. Heeft u advies of hulp nodig bij het regelen van de kraamzorg, dan kunt u contact met ons opnemen." Door verzoekster is gesteld dat zij voor de kraamzorg thuis KraamZus had ingeschakeld. De ziektekostenverzekeraar heeft niet bestreden dat de afspraken over de kraamzorg thuis tijdig, dat wil zeggen uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap, door verzoekster zijn gemaakt. De commissie neemt dit dan ook als vaststaand aan. Drie weken voor de bevalling is aan verzoekster door KraamZus meegedeeld dat de kraamzorg thuis niet kon worden geleverd.
- 7.4. De door verzoekster afgesloten zorgverzekering is een naturapolis. Uit artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw volgt dat op de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht rust, die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties, bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar het aan zijn verzekerden overgelaten de kraamzorg zelf te regelen, in beginsel via een gecontracteerde zorgaanbieder. In de situatie van verzoekster bleek deze zorgaanbieder niet in staat de kraamzorg bij haar thuis te kunnen leveren. Daarop aangesproken kon de ziektekostenverzekeraar niet ervoor zorgen dat de kraamzorg door een andere zorgaanbieder bij verzoekster thuis kon worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit ook erkend, waarbij hij heeft aangevoerd dat dit werd veroorzaakt door personeelstekorten. Aldus was, volgens de ziektekostenverzekeraar, sprake van 'een rug tegen de muur situatie'. Om toch kraamzorg te kunnen leveren, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster aangeboden te verblijven in een kraamhotel. De commissie vat dit aldus op dat de ziektekostenverzekeraar erkent dat de verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst - te weten levering van kraamzorg thuis in natura, door een daartoe gecontracteerde zorgaanbieder - door hem

niet konden worden nagekomen, maar dat hij in de gegeven omstandigheden met de geboden oplossing, zij het in aangepaste vorm, in voldoende mate heeft voldaan aan zijn zorgplicht uit hoofde van de zorgverzekeringsovereenkomst, althans, voor zover dat laatste niet het geval zou zijn, zich beroept op overmacht.

- 7.5. Artikel 6.2 van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt dat de zorgverzekeraar zich kan beroepen op overmacht als hij, ondanks zijn maximale inspanningen, de zorgplicht niet kan nakomen. Van belang hierbij is dat de zorgverzekeraar de aanwezigheid van overmacht moet aantonen. De commissie overweegt in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige procedure heeft toegelicht dat hij op enig moment werd geconfronteerd met een tekort aan kraamhulp in het postcodegebied van verzoekster. Ook andere zorgverzekeraars liepen tegen dit probleem aan. Vanwege dit tekort had het geen zin andere kraamzorgbureaus in de regio te benaderen, aldus de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft het voorgaande niet bestreden zodat de commissie er voor het vervolg van uitgaat dat het eind juli / begin augustus 2022 in het desbetreffende postcodegebied feitelijk niet mogelijk was kraamzorg thuis te krijgen. Gelet hierop en rekening houdend met het gegeven dat de bevalling reeds op korte termijn zou plaatsvinden, oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar zich met recht kan beroepen op overmacht als bedoeld in artikel 6.2 van eerder genoemde beleidsregel van NZa. Waar het er vervolgens om gaat of verzoekster ook een redelijk alternatief is geboden voor kraamzorg thuis, heeft de commissie er begrip voor dat thuis sprake is van een vertrouwde omgeving en dat het prettiger is om in die omgeving de kraamvisite te ontvangen zodat de keuze voor kraamzorg thuis begrijpelijk is. De door verzoekster geuite - praktische - bezwaren tegen de door de ziektekostenverzekeraar gekozen oplossing, waardoor deze voor haar "onaanvaardbaar" was, zijn echter niet van overwegende aard, nu door de ziektekostenverzekeraar in dit verband onweersproken is gesteld dat de dochter van verzoekster uitsluitend in de nachtelijke uren niet welkom was. Haar dochter en echtgenoot konden haar gedurende de dag dus doorlopend bezoeken.
- 7.6. Van schending van de zorgplicht is naar het oordeel van de commissie geen sprake, althans de ziektekostenverzekeraar komt, voor zover nodig, een beroep op overmacht toe, terwijl de commissie bovendien van oordeel is dat de geboden oplossing (i.e. kraamzorg vanuit een kraamhotel), hoewel niet ideaal gelet op de gezinssamenstelling van verzoekster, niet onredelijk was, mede gelet op de omstandigheden waarin de ziektekostenverzekeraar zich ten tijde van het aanbod van deze oplossing bevond. De aanvankelijke vordering tot vergoeding van (immateriële) schadevergoeding is door verzoekster ingetrokken. De commissie tekent hierbij aan dat voor een dergelijke vordering in de onderhavige procedure ook geen ruimte is, gelet op het bepaalde in artikel 21 van het reglement van de commissie en, mede als gevolg hiervan, thans verder in het midden kan blijven of voor een dergelijke vergoeding wel plaats is, aangezien van schending van een zorgplicht geen sprake is.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 juni 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

4. Toezicht en handhaving

Kenmerk

4.1 De NZa kan formeel handhavend optreden of anderszins ingrijpen als blijkt dat de zorgplicht wordt geschonden.

Pagina
3 van 19

4.2 Deze beleidsregel laat onverlet dat een zorgverzekeraar in een concreet geval op een andere wijze dan in deze beleidsregel beschreven de zorgplicht rechtmatig kan uitvoeren, voor zover dat plaatsvindt binnen de wettelijke kaders.

5. Algemene verplichtingen

5.1 De zorgverzekeraar moet de zorg en diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft en die naar inhoud en omvang in overeenstemming zijn met de wettelijke zorgaanspraken, (laten) leveren en/of vergoeden.

5.2 De zorgverzekeraar moet de toestemmingsaanvraag voor electieve zorg afhandelen binnen de periode dat de verzekerde de zorg nodig heeft. Toetsing vooraf mag niet tot een onverantwoorde vertraging leiden van een medisch noodzakelijke behandeling.

5.3 De zorgverzekeraar moet inzicht hebben in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg die (gecontracteerde) zorgaanbieders leveren en in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg waarnaar bemiddeld wordt. Een rechtmatige uitvoering van de zorgplicht behelst onder meer dat een zorgverzekeraar handelt naar het in dit lid bedoelde verkregen inzicht, en waar nodig consequenties daaraan verbindt.

6. Verplichtingen bij naturapolis

6.1 De zorgverzekeraar moet zorg (laten) leveren aan zijn verzekerden.

6.2 Als een zorgverzekeraar ondanks maximale inspanning zijn zorgplicht niet kan nakomen en hij zich beroept op overmacht, moet hij de aanwezigheid van overmacht aantonen.

7. Verplichtingen bij restitutiepolis

7.1 De zorgverzekeraar die zorgprestaties in restitutievorm heeft verzekerd moet de kosten van zorg en diensten vergoeden.

7.2 Onder de in artikel 7.1 bedoelde vergoeding vallen niet de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend zijn te achten.

7.3 De in artikel 7.1 bedoelde vergoeding wordt, indien van toepassing, verminderd met de eigen bijdrage en eigen risico van verzekerden.

7.4 De zorgverzekeraar moet zijn verzekerden bemiddelen naar zorg, indien deze er om vragen.

7.5 De zorgverzekeraar moet de kosten van zorg die zijn verzekerden hebben gemaakt prompt aan hen vergoeden.

8. Verplichtingen bij gecontracteerde zorg

8.1 De zorgverzekeraar moet zorg op een redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde aanbieden.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.11

Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

ook zelf betalen.

- De maximum vergoeding en de wettelijke eigen bijdrage blijft hetzelfde, ongeacht of sprake is van 1 kind of een meerling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of extra zorg die met de bevalling te maken heeft verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorbeeld:

Stel, u bevalt in het ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie, zonder opname:

- Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2x € 134,-. De totale vergoeding is € 268,- voor deze bevalling.
- Maar wij trekken daar voor beiden € 19,- aan wettelijke eigen bijdragen vanaf; dat is € 38,-.
- U krijgt dus € 268,- minus € 38,- = € 230,- van ons.

Voorwaarden

Algemeen

Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.

Zorgverlener

De bevalling met medische indicatie wordt verleend door een medisch specialist.

Een bevalling zonder medische indicatie kan ook worden verleend door een verloskundige of een huisarts.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts of verloskundige nodig voor een bevalling op medische indicatie.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.7. Zorg na de bevalling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg na de bevalling omvat:

- kraamzorg voor moeder en kind(eren);
- verloskundige zorg voor moeder en kind en eventueel opname in een instelling;
- tijdens de periode van opname: medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

De kraamzorg volgt direct op de bevalling en is alleen bedoeld voor:

- degene die is bevallen, of

- de verzorg(st)er (als degene die is bevallen ontbreekt) en
- het geboren kind (of kinderen).

Uw aantal dagen kraamzorg en uw aantal uren per dag worden vastgesteld tijdens de intake voor kraamzorg (B.5.4.). Na de bevalling stelt de verloskundige of medisch specialist opnieuw vast hoeveel kraamzorg geïndiceerd is. Deze afspraken staan in het 'landelijk indicatieprotocol Kraamzorg'. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Kraamzorg thuis voor moeder en kind duurt normaal gesproken 8 dagen. Om medische redenen kunnen hieraan nog 2 extra dagen toegevoegd worden. Het extra aantal uren/dagen en het aantal uren/dagen kraamzorg elders hangt af van het oordeel van de verloskundige of medisch specialist. Zij overleggen hierover met de instelling of de persoon die de kraamzorg gaat leveren.

Is sprake van een medische indicatie dan bent u vanaf de dag van de bevalling ook verzekerd voor opname en verloskundige en medisch specialistische zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg. Uw kraamzorg is inbegrepen in die opname. Aan de hand van het aantal opnamedagen wordt uw aantal resterende uren/dagen kraamzorg vastgesteld.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Voor kraamzorg is in de volgende gevallen een wettelijke eigen bijdrage van toepassing:
 - in het kraamhotel of thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,70 per uur;
 - voor kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg, een geboortecentrum of in een kraamhotel moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 19,- per persoon per dag zelf betalen (wettelijke eigen bijdrage);
 - als er meer dan € 134,- per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 134,- ook zelf betalen;
 - de maximale vergoeding voor moeder en één kind is dus € 230,-. (2 x maximaal € 134,- minus 2 x € 19,-).
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

U regelt zelf uiterlijk in de 20^{ste} week van uw zwangerschap de kraamzorg. Heeft u advies of hulp nodig bij het regelen van de kraamzorg, dan kunt u contact met ons opnemen.

Zorgverlener

Postnatale verloskundige zorg (kraambedcontroles) tijdens de kraamperiode wordt geleverd door een verloskundige of medisch specialist (de laatste als daarvoor medische noodzaak bestaat).

Kraamzorg wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of;
 - een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.
- Tijdens de opname met een medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg is de kraamzorg inbegrepen in de verpleging en verzorging. De medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist of verloskundige.

Verwijzing

Als opname en verzorging van moeder en/of kind(eren) op medische indicatie in de instelling voor medisch specialistische zorg plaatsvinden, is daarvoor voor aanvang van de behandeling een verwijzing van de verloskundige, huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Bekkenfysiotherapie is beschreven in artikel B.8.2., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens in artikel B.8.4., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht in artikel B.8.5. en fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in artikel B.8.6.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Als u recht hebt op vergoeding uit dit artikel, kan het dus zijn dat (een deel van) de eerste 20 behandelingen verzekerd zijn in uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra verzekerd zijn als gewone fysiotherapie. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.