



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, zorg in natura, aantal toegekende uren, zorg
verleend door familielid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202000315

Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij e-mailbericht van 7 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 13 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 15 mei 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 mei 2020 respectievelijk 26 mei 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

2.4. Bij brief van 22 juni 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020025755) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 23 juni 2020 aan partijen gestuurd. Zij zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft op 23 juni 2020 per e-mail op het advies gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft diverse gezondheidsproblemen. Zij heeft een wijkverpleegkundige gevraagd haar situatie te beoordelen. De wijkverpleegkundige heeft dit gedaan, waarna een aanvraag is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging. De aanvraag betrof zorg, te verlenen door een thuiszorginstelling die niet door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 29 december 2019 over verzoekster verklaard:

"(...) Betreft een 70-jarige alleenstaande kwetsbare ouder[e]. Frailty score 10 van 15 (zeer kwetsbaar). Interventie gericht op ziekte en zorg noodzakelijk. Mevrouw is o.a. bekend met zwaarlijvigheid (morbide obesitas, BMI 37.6), diabetes type 2, fibromyalgie, osteoporose, sarcoïdose (longen), hypertensie en lage rugpijn. Voorts bekend met chronische pijnklachten en beperkingen aan schouders en knieën. Als gevolg van ouderdom last van toenemende vergeetachtigheid. Daarnaast veel last van stijve spieren en gewrichten in de ochtend, hierdoor moeite met opstarten en uitvoeren van activiteiten."

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 10,5 uren (630 minuten) Persoonlijke Verzorging per week en 4,17 uren (250,2 minuten) Verpleging per week.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 januari 2020 aan verzoekster een vergoeding toegekend op basis van 350 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 110 minuten Verpleging per week.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 13 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat uit de ingediende declaraties is gebleken dat de zorg vanuit de thuiszorginstelling wordt verleend door een familielid, en dat hiervoor de formele tarieven in rekening worden gebracht. Daarom wordt in het geheel geen vergoeding meer verleend. Verzoekster heeft hierop bij brief van 18 mei 2020 gereageerd.

3.7. Het Zorginstituut heeft op 22 juni 2020, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg met betrekking tot de transfers is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan.

Er is 2 x 15 minuten per dag voor het toedienen van insuline geïndiceerd. Deze tijd heeft verweerder aangepast naar de volgens verweerder geldende norm van 2 x 10 minuten per dag. Verweerder doelt op de CIZ tijdsspecificaties. De normtijden van het CIZ spelen in principe geen rol bij de indicatiestelling zoals deze sinds 2015 wordt uitgevoerd. Het is aan de verpleegkundige om te bepalen hoeveel zorg een cliënt behoeft. Dit hangt af van de context en is dus maatwerk. Verweerder heeft ook geen contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige om te informeren hoe gekomen is tot het aantal minuten.

In het geval van verzoekster is de zorg met betrekking tot de medicatie inname en de diabetes (het toedienen van de insuline en het meten van de bloedsuiker dagcurve) voldoende onderbouwd in het zorgplan. Er is geen reden om aan te nemen dat deze zorg niet correct geïndiceerd is. Hoe verweerder uiteindelijk tot het toegekende aantal uren verpleging is gekomen wordt niet onderbouwd.

Conclusie

De geneeskundige context van de zorg met betrekking tot transfers is onvoldoende onderbouwd. Deze zorg komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De zorg met betrekking tot de diabetes (insuline toedienen en het meten van de bloedsuiker dagcurve) en de medicatie inname is voldoende onderbouwd en komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De zorg met betrekking tot transfers komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De zorg met betrekking de diabetes (insuline toedienen en het meten van de bloedsuiker dagcurve) en medicatie inname wel. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een vergoeding zal toekennen voor de aan haar door een familielid verleende en nog te verlenen Verpleging en Persoonlijke Verzorging, op basis van het aantal door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren.

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. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over Verpleging en Persoonlijke Verzorging 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.

6.2. Tussen partijen was in eerste instantie uitsluitend in geschil het aantal uren op basis waarvan de Verpleging en Persoonlijke Verzorging is toegekend. Verzoekster is in dit verband van mening dat de ziektekostenverzekeraar moet uitgaan van het aantal uren dat door de wijkverpleegkundige is geïndiceerd. Zij is immers bij verzoekster langs geweest, en heeft op basis van haar expertise het aantal uren vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij het aantal geïndiceerde uren mocht verlagen.

6.3. Inmiddels is naar aanleiding van ingediende declaraties gebleken dat verzoekster vanuit de thuiszorginstelling verpleging en verzorging ontvangt, verleend door een familielid. Hiervoor werden de tarieven voor professionele zorg berekend. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar reden de vergoeding stop te zetten. Verzoekster merkt hierover op dat zij niet begrijpt wat de door de ziektekostenverzekeraar in dat verband genoemde wetten te maken hebben met de rechten en plichten tussen de zorgverzekeraar en zijn verzekerden. Deze wetten omschrijven de beroepsuitoefening en zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorg te bewaken. Daarnaast is bepaald wat de rechten en plichten zijn tussen de zorgverlener en de patiënt. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat welke behandelingen worden vergoed en onder welke voorwaarden. Niet geregeld is dat een familielid dat is gekwalificeerd om de zorg te verlenen, geen zorg mag verlenen dan wel dat de door dit familielid geleverde zorg niet hoeft te worden vergoed. Bovendien was al in de aanvraag vermeld welke thuiszorginstelling de zorg zou verlenen. Het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar hierover meer duidelijkheid te verkrijgen alvorens de machtiging af te geven. Nu is al gedurende 2,5 maand zorg verleend en zijn hiervoor door verzoekster kosten gemaakt.

6.4. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de beroepscode voor zorgverleners, waarin staat dat de zorgverlener geen professionele relatie mag onderhouden met een direct familielid, en dat niet vanuit een organisatie de formele tarieven in rekening mogen worden gebracht. Daarnaast valt het werk van een professional volgens de ziektekostenverzekeraar onder de Wet op de beroepen in de individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en het tuchtrecht. De Wet BIG bepaalt dat de

privacy en integriteit van de patiënt geborgd moet zijn. Het regionale tuchtcollege hanteert hiervoor tuchtnormen. Tot slot verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) waar de professional in relatie tot zijn zorgafhankelijke cliënt onder vallen. Hierin worden voorwaarden gesteld ter bescherming van de cliënt in zijn afhankelijkheid met de professional. Op basis van bovenstaande kan de professional niet vanuit zijn/haar beroep, vallend onder Wet BIG, de zorg verlenen bij familieleden.

- 6.5. De commissie overweegt dat een klacht kan ontstaan over de door een familielid verleende zorg. Dit zou voor een professionele zorgverlener aanleiding moeten zijn terughoudend te zijn als sprake is van een familierelatie. De door de ziektekostenverzekeraar in dit kader aangehaalde wet- en regelgeving verbiedt het verlenen van zorg door een daartoe gekwalificeerd familielid echter niet. Ook in de voorwaarden van de zorgverzekering is niet geregeld dat de verzekerde en geïndiceerde zorg niet mag worden geboden door een familielid. De commissie passeert daarom dit argument van de ziektekostenverzekeraar. Hij is gehouden verzoekster een vergoeding te verlenen voor de door haar ontvangen Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Rest de vraag op hoeveel uren zorg verzoekster aanspraak heeft.
- 6.6. Het Zorginstituut heeft het zorgplan en de beoordeling daarvan door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld. De conclusie is dat het deel van het zorgplan dat ziet op de diabetes, waaronder het meten van de bloedsuiker en de inname van medicatie, voldoende is onderbouwd. De hulp bij transfers acht het Zorginstituut onvoldoende onderbouwd. De commissie merkt op dat het Zorginstituut ten onrechte ervan uit gaat dat een PGB vv is aangevraagd. Dit maakt echter geen verschil voor de beoordeling van het aantal uren zorg waarop verzoekster aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering. De commissie volgt daarom het Zorginstituut in het advies, en overweegt dat het zorgplan bestaat uit verschillende onderdelen. Eén onderdeel ziet op de zorg in verband met transfers. Dit onderdeel beslaat 140 minuten. Dit betekent dat voor de overige uren zorg door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een vergoeding moet worden toegekend. Het gaat dan om 490 minuten (630 - 140) Persoonlijke Verzorging en 250,2 minuten Verpleging per week.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- (i) verzoekster een vergoeding te verlenen op basis van 490 minuten Persoonlijke Verzorging en 250,2 minuten Verpleging per week;
 - (ii) het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 22 juli 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 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 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 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 kinderwens 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 medisch 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.