

Pakket

22. Wat is opgenomen in het basispakket van de Zvw?

In de Zvw is geregeld welke prestaties de zorgverzekeraar moet opnemen in zijn zorgverzekering. De te verzekeren prestaties die de zorgverzekering moet verstrekken, zijn de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Ook zintuiglijk gehandicaptenzorg, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma's, geriatrische revalidatie en paramedische zorg, mondzorg, farmaceutische zorghulpmiddelen (pruiken, gehoortoestellen enz.) vallen onder de te vergoeden zorg. Tot slot dient de zorgverzekeraar verpleging, verzorging, inclusief de kraamzorg, verblijf in verband met geneeskundige zorg alsmede vervoer in verband met het ontvangen van zorg dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Wlz, op te nemen in de zorgverzekering. Voor sommige vormen van zorg kunnen eigen bijdragen worden gevraagd, zoals kraamzorg, pruiken en vervoer. Daarnaast geldt in de Zvw een verplicht eigen risico, dat in 2016 € 385 bedraagt. Het verplicht eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg.

23. Wat betekent het begrip 'plegen te bieden'?

De term 'plegen te bieden' houdt in dat bijvoorbeeld niet uitsluitend huisartsen de beroepsbeoefenaren zijn die de huisartsenzorg voor rekening van de zorgverzekering kunnen verlenen. Het concretiseert slechts het domein van de zorg waarop de prestatie betrekking heeft. Huisartsenzorg kan ook door andere beroepsbeoefenaren geleverd worden. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen 'wie' de zorg voor rekening van de zorgverzekering mag leveren. Hij specificeert dat in zijn polis. Het is aan de verzekerde om te kiezen met welke zorgverzekeraar hij een zorgverzekering afsluit en voor welke polis hij kiest. Door te verwijzen naar zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, valt het door de beroepsgroep aanvaarde arsenaal in het basispakket. Met betrekking tot het aanvaarde arsenaal gaat het om de stand van de wetenschap en bij ontbreken van een zodanige maatstaf, om hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De beroepsgroepen maken dit inzichtelijk in richtlijnen, standaarden en protocollen.

24. Zit mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar in het basispakket en in welke omvang?

Te vergoeden mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in ieder geval:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;

28. Vallen anticonceptiva onder het basispakket?

- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

25. Wordt fysiotherapie onbeperkt vergoed?

Nee, fysiotherapie wordt niet onbeperkt vergoed. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van een limitatieve lijst van (chronische) aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. (De limitatieve lijst van aandoeningen is als annex opgenomen in deze uitgave, zie bijlage 2.) De eerste twintig behandelingen worden voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet vergoed. Verzekerden jonger dan 18 jaar die daarop zijn aangewezen, hebben tevens recht op fysiotherapie en oefentherapie voor aandoeningen die niet onder de hiervoor genoemde limitatieve lijst vallen. Zij hebben in dat geval recht op ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Dit kan eenmalig worden verlengd met ten hoogste negen behandelingen.

26. Wordt bekkenfysiotherapie vergoed ten laste van het basispakket?

Ja, bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie wordt in beperkte omvang vergoed ten laste van de zorgverzekering. Deze zorg bestaat voor de verzekerden van 18 jaar of ouder uit ten hoogste negen behandelingen.

27. Valt de bruikleen van hulpmiddelen onder het basispakket?

Ja, met ingang van 1 januari 2013 zijn de uitleenhulpmiddelen van het aansprakenpakket van de AWBZ overgeheveld naar de te verzekeren prestaties Zvw. Het gaat bij deze uitleenhulpmiddelen voornamelijk om hulpmiddelen voor het bewegingsapparaat en hulpmiddelen voor verzorging en verpleging op bed.

28. Vallen anticonceptiva onder het basispakket?

Ja, anticonceptiva vallen onder het basispakket voor een verzekerde:

- a. jonger dan 21 jaar;
- b. ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, of

- c. ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen.

In alle andere gevallen zijn anticonceptiva niet opgenomen in het basispakket.

29. Valt zintuiglijk gehandicaptenzorg onder de Zvw?

Ja, geneeskundige zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking valt per 1 januari 2015 in zijn geheel onder de Zvw. Tot die tijd was het gedeeltelijk geregeld als AWBZ-aanspraak. Het basispakket is uitgebreid met de zintuiglijk gehandicaptenzorg die onder de aanspraak op extramurale behandeling op grond van de AWBZ viel. Artikel 2.5a Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel dat de verzekerde zo zelfstandig mogelijk kan functioneren.

30. Is wijkverpleging zorg die door de zorgverzekeraar wordt vergoed?

Ja, wijkverpleging is per 1 januari 2015 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Wijkverpleging houdt in de verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden buiten een instelling, dat wil zeggen verpleging of verzorging in de thuissituatie. Wijkverpleging is een belangrijk onderdeel van eerstelijnszorg. Samen met de huisartsenzorg draagt wijkverpleging eraan bij dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven.

31. Valt geriatrische revalidatiezorg onder het basispakket? Wat wordt hieronder verstaan?

Na voorafgaande ziekenhuisopname

Ja, geriatrische revalidatie is per 1 januari 2013 opgenomen in het basispakket. Geriatrische revalidatie kan ingezet worden na een ziekenhuisopname. Er bestaat uitsluitend recht op geriatrische revalidatie als deze zorg binnen een week na de ziekenhuisopname in verband met een aandoening die revalidatie noodzakelijk maakt, wordt geleverd.

Zonder voorafgaande ziekenhuisopname

Per 1 januari 2015 is geriatrische revalidatie ook toegankelijk voor een specifieke patiëntengroep zonder dat er sprake is van voorafgaand ziekenhuisverblijf. Het gaat om mensen met een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid optreden en bij wie sprake is van voorafgaand medisch-specialistisch handelen en bij wie is vastgesteld dat de cliënt tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriatr op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

32. Wat wordt bedoeld met generalistische basis GGZ?

Per 1 januari 2014 is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ingrijpend gereorganiseerd. Een belangrijk uitgangspunt is dat psychische en psychosociale problematiek in de huisartsenzorg herkend, en waar nodig, behandeld wordt en dat patiënten met deze problematiek niet meer naar de GGZ verwezen worden. De GGZ is onderverdeeld in twee compartimenten: de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Onder de basis GGZ valt onder meer wat voorheen als eerstelijns psychologische zorg geregeld was. De basis GGZ is bedoeld voor mensen met een enkelvoudige psychiatrische stoornis (voldoend aan DSM-criteria voor een stoornis) en met lichte tot matige beperkingen in het functioneren. Voor behandeling in de basis GGZ is een verwijzing van een huisarts of bedrijfsarts nodig. Alleen complexe psychiatrische problematiek hoort thuis in de specialistische GGZ, ook daar is een verwijzing van een huisarts of andere arts voor nodig. Er zijn vier zorgvraagzwaarteprodukten ingevoerd in de basis GGZ.

33. Welke zorgvormen zijn expliciet uitgesloten van de basis GGZ?

Om te bevorderen dat gepast gebruik plaatsvindt en alleen zorg wordt vergoed die verzekerd is, is expliciet bepaald dat hulp bij werk- en relatieproblemen, die nu al niet onder de te verzekeren geneeskundige GGZ valt, niet in het pakket zit. De behandeling van aanpassingsstoornissen valt evenmin onder het basispakket.

34. Heeft de verzekerde ook recht op een internetbehandeling?

Een internetbehandeling is een therapie die via internet aangeboden wordt. Het zorgaanbod betreft eerstelijns psychologische zorg. Internetbehandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met depressie voldoen aan het criterium stand van wetenschap en praktijk en daarom kan de indicatie-interventiecombinatie verstrekt danwel vergoed worden ten laste van de basisverzekering van de Zvw.

35. Valt intramurale geneeskundige GGZ onder het basispakket en in welke omvang?

Ja, vanaf 2015 vergoeden zorgverzekeraars de eerste drie jaar intramurale GGZ-behandeling voor volwassenen, omdat deze zorg ten laste komt van de Zvw. Dit betekent dat verzekerden vanaf 1 januari 2015 voor korter dan drie jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling een beroep op de Zvw moeten doen. Het gaat om een groep verzekerden waarbij het perspectief op herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is. Doel van het overhevelen van deze zorg naar de Zvw is zorgaanbieders en zorgverzekeraars te stimuleren om zich (meer dan voorheen) op herstel, participatie en ambulantisering te richten.

36. Heeft iedere verzekerde recht op geneeskundige GGZ ten laste van de Zvw?

Verzekerden onder de 18 jaar hebben geen recht op deze zorg ten laste van de Zvw. Deze groep verzekerden heeft wel recht op deze zorg, maar binnen een ander domein, namelijk de Jeugdwet. Voor jeugdigen wordt de GGZ met ingang van 1 januari 2015 op grond van de Jeugdwet bekostigd.

37. De verzekerde had een aanspraak op dyslexiezorg onder de Zvw. Hoe is dat nu geregeld?

Per 1 januari 2015 is de aanspraak op dyslexiezorg geschrapt uit het basispakket van de Zvw. Deze zorg valt per die datum onder de reikwijdte van de Jeugdwet, al is dyslexie geen psychisch probleem in engere zin. Dyslexiezorg wordt veelal ook geleverd door hulpverleners uit het GGZ-veld en de bekostiging is nu geregeld in de Jeugdwet.

38. Welke vormen van zorg zijn expliciet uitgesloten van het basispakket?

Het verzekerde pakket heeft betrekking op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Bepaalde vormen van zorg zijn om die reden uitgesloten van of vallen slechts onder bepaalde voorwaarden onder het basispakket. Het verzekerde pakket omvat expliciet niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. circumcisie;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

39. Welke geneeskundige zorg is niet opgenomen in het basispakket?

De geneeskundige zorg omvat onder meer niet:

1. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat in geval van een niet-invasieve prenatale test of invasieve diagnostiek onder een medische

- indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
2. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 3. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan 38 jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 4. vruchtbaarheidssgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw 43 jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
 5. zorg zoals tandartspecialisten plegen te bieden.

Ook het vaccineren ten behoeve van de grieppreventie valt niet onder het Zvw-basispakket. Zie voor de wijze van de vergoeding van de grieppreventie vraag 41.

40. Valt plastische chirurgische zorg onder het basispakket?

Behandeling van plastisch-chirurgische aard valt slechts onder het basispakket indien die strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

41. De griepvaccinatie wordt niet vergoed uit de Zvw? Maar het griepvaccin wordt toch wel vergoed voor bepaalde doelgroepen. Hoe is dat geregeld?

Ja, jaarlijks kunnen bepaalde groepen uit de bevolking een griep prik halen bij onder meer hun huisarts. Zij zijn daar overigens niet toe verplicht. Dit is geregeld in de Subsidieregeling publieke gezondheid. Deze wordt uitgevoerd door het RIVM en bestaat uit onder meer het financieren van het Nationaal Programma Grieppreventie. Het doel van dit programma is om kwetsbare doelgroepen te beschermen tegen (ernstige gevolgen van) griep. De doelgroepen van dit programma zijn:

- alle 60-plussers;
- mensen onder de 60 jaar met een risico-indicatie, zoals longziekten, hart- of nieraandoeningen en diabetes mellitus.

42. Wat is een stoppen-met-rokenprogramma?

Dit programma bestaat uit een combinatie van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel) met farmacotherapeutische interventies. Verzekerden kunnen dit programma maximaal één keer per kalenderjaar voor rekening van de zorgverzekering volgen. Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit een combinatie van gedragsmatige begeleiding en farmacotherapeutische ondersteuning. Bij dit programma gaat het om een aanpak voor het stoppen met roken volgens de vigerende richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Omdat het integrale programma als een afzonderlijke Zvw-prestatie is opgenomen, kan een roker op het integrale programma aanspraak maken. Een dergelijke afzonderlijke Zvw-prestatie biedt partijen in de markt een herkenbaar en transparant product. Geregeld is dat de zorgverzekeraar kan bepalen dat, als een door hem aangewezen stoppen-met-rokenprogramma wordt gevolgd, de kosten van verzekerde zorg in de vorm van een stoppen-met-rokenprogramma geheel of gedeeltelijk buiten het eigen risico vallen.

43. Valt het Rijksvaccinatieprogramma onder het basispakket van de Zvw?

Nee, deze zorg wordt gefinancierd uit de rijksbegroting. Dit is wettelijk verankerd in de Wet collectieve preventie. In het Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen zijn vaccins tegen twaalf aandoeningen opgenomen: baarmoederhalskanker (HPV – alleen voor meisjes van 12 jaar); bof; difterie; hepatitis B; Hib-ziekten (bacteriële infecties van de hogere luchtwegen, zoals neus en mond); kinkhoest; mazelen; meningokokken C; pneumokokken; polio (kinderverlamming); rodehond; tetanus.

44. Is preventie van depressie verzekerde zorg?

Ja, als de verzekerde aan bepaalde subklinische criteria van een depressie voldoet, kan behandeling aangewezen zijn. Het toenmalige CVZ heeft daarover een standpunt uitgebracht. De verleende zorg wordt in dat geval vergoed vanuit het basispakket.

45. Valt hulp bij werk- en relatieproblemen onder het basispakket?

Nee, om te bevorderen dat gepast gebruik plaatsvindt en alleen zorg wordt vergoed die verzekerd is, heeft het toenmalige CVZ voorgesteld expliciet in de Regeling zorgverzekering te regelen dat hulp bij werk- en relatieproblemen, die nu al niet onder de te verzekeren geneeskundige GGZ valt, niet in het pakket zit. Wel is het zo dat de behandeling van een psychische stoornis die ontstaan is als gevolg van werk- en relatieproblemen, vergoed wordt. Zie ook het rapport van het Zorginstituut *De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering* van 16 december 2014.

46. Valt diëtetiek onder het basispakket?

Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. Deze zorg wordt vergoed, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

47. Is ketenzorg opgenomen in het basispakket?

Bij ketenzorg is er sprake van een samenhangend geheel van zorgactiviteiten die door verschillende zorgaanbieders geleverd worden. Twee essentiële voorwaarden zijn (1) dat het cliëntproces centraal staat en (2) dat er sprake is van een herkenbare regiefunctie. Diagnostiek, behandeling en begeleiding worden in de keten van zorgaanbieders op elkaar afgestemd. Voor ketenzorg is een vorm van integrale bekostiging geregeld: voor het hele pakket, dat volgens afspraken is vastgelegd in een zorgstandaard, wordt een vast tarief per patiënt per jaar afgesproken tussen zorggroep en zorgverzekeraar. Voor diabeteszorg, vasculair risicomanagement en COPD-zorg zijn dergelijke zorgstandaarden beschikbaar. In de huidige financieringssystematiek van de huisartsenzorg is ketenzorg opgenomen in compartiment 2, de programmatische zorg.

48. Welke transplantaties vallen onder het basispakket?

In de regelgeving is geen limitatieve opsomming van transplantaties van weefsels en organen opgenomen. Uit de systematiek van de wet vloeit voort dat slechts de transplantaties die voldoen aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk', onder het basispakket vallen. Transplantaties van weefsels en organen behoren slechts tot de zorg als de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat wanneer de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

49. Is er ook zorg die voorwaardelijk tot het basispakket is toegelaten?

Sinds 1 januari 2012 is de zogenoemde voorwaardelijke toelating ingevoerd om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is, gedurende een periode van maximaal vier jaar ten laste van de zorgverzekering te laten komen. In die periode moeten de noodzakelijke gegevens worden verzameld voor een beslissing over de vraag of de zorg definitief in het pakket wordt opgenomen dan wel definitief daaruit wordt verwijderd.

50. Kan de verzekerde gebruikmaken van een persoonsgebonden budget in de Zvw?

De zorgverzekeraar kan in zijn zorgverzekering opnemen dat de verzekerde verpleging en verzorging (minder dan 25 uur per week) kan ontvangen in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). De verzekerde kan met dit budget zelf zijn zorg inkopen. De zorgverzekeraar stelt het budget van de verzekerde vast en controleert de afspraken die de verzekerde met de zorgverleners maakt. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering staan de rechten en plichten van de verzekerde. Er is een wetsvoorstel in voorbereiding waarin is geregeld dat de zorgverzekeraar het pgb voor wijkverpleging verplicht in zijn zorgverzekering moet opnemen. Momenteel is daartoe geen wettelijke verplichting en is het een beslissing van de zorgverzekeraar zelf.

51. Kan een verzekerde aanspraak maken op anonieme e-mental health ingevolge de Zvw?

Voor de financiering van anonieme e-mental health is in 2015 een subsidie van € 2 miljoen beschikbaar. Om dit geld te verdelen over het brede palet van anonieme e-mental-health-aanbieders, is een beleidskader anonieme e-mental health opgesteld waarop aanbieders subsidie-aanvragen hebben ingediend. Dit beleidskader is een tijdelijke maatregel waarmee ruimte is gecreëerd om een structurele oplossing vorm te geven. Het wetsvoorstel voor deze structurele oplossing is zomer 2013 aangeboden aan het parlement. Dit betreft een wijziging van de Zvw teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken (TK 33 675, nr. 3). De behandeling van het wetsvoorstel is nog niet afgerond, wel heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel reeds aanvaard.

52. Is het mogelijk om de basisverzekering en de aanvullende zorgverzekering af te sluiten bij verschillende zorgverzekeraars?

Verzekeraars mogen in de Zvw aspirant-verzekerden die een basispakket aanvragen, niet weigeren. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Verzekerden die voor de basisverzekering van zorgverzekeraar willen wisselen, kunnen dat jaarlijks doen. Om te voorkomen dat verzekerden bij de overstap naar een andere verzekeraar voor de basisverzekering, ook de verzekerde aanspraken verliezen voor de aanvullende verzekering, is een zogenoemd verbod op koppeling opgenomen. Dit verbod houdt in dat verzekeraars aanvullende verzekeringen niet mogen beëindigen als de verzekerde overstapt naar een andere verzekeraar voor de basisverzekering. Anders gezegd, verzekerden kunnen ook bij een andere zorgverzekeraar een aanvullend pakket nemen als ze daar geen basispakketverzekering hebben afgesloten.

53. Heeft een verzekerde aanspraak op zorg vanuit de Zvw indien hij van mening is dat hij op grond van de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo 2015 te weinig zorg krijgt?

Nee, vormen van zorg die op grond van de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo 2015 voor de verzekerde kunnen worden gefinancierd, vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. De zorgverzekering voorziet ook niet in aanvulling van zorg indien een verzekerde van mening is dat hij op grond van een van de hiervoor genoemde wetten of een ander wettelijk voorschrift te weinig zorg krijgt.

<http://www.springer.com/978-90-368-1315-0>

112 vragen over de zorgverzekeringswet

Alles wat huisartsen moeten weten

Beerepoot, C.; van der Horst, H.

2016, VII, 53 p., Softcover

ISBN: 978-90-368-1315-0