

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, IMSR, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202201165
Zittingsdatum : 25 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) OHRA 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 e-mailbericht van 4 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 19 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022038823) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2023 met instemming van partijen door één lid van de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld om de aanvraag nader te onderbouwen en hierbij in te gaan op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Verzoekster heeft dit gedaan met haar reactie van 14 februari 2023. Een kopie van deze reactie is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 maart 2023 laten weten geen aanleiding te zien het door hem ingenomen standpunt te wijzigen. Een kopie van deze brief is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de daarna gewisselde stukken zijn op 16 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 april 2023 heeft het Zorginstituut aanvullend gereageerd en de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen 10 dagen op het definitief advies te reageren. Hiervan is door hen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering (Combinatiepolis) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Zorgverzekerd op reis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3.2. Verzoekster is 24 jaar oud. Sinds maart 2020 kampt zij met benauwdheidsklachten met ernstige en hardnekkige pijnklachten op de borst en in de rug. In november 2020 zijn bij haar longembolieën na een doorgemaakte COVID-19-besmetting geconstateerd. In verband met de klachten is op 12 mei 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie gedurende 16 weken. Uit de aanvraag blijkt van de inzet van de volgende disciplines, gedurende de hierbij vermelde tijd:

"Binnen Medinello zijn de volgende disciplines beschikbaar: revalidatiearts/physician assistant, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog en op indicatie maatschappelijk werker. Er wordt in het behandelteam gewerkt met minimaal 4 van deze disciplines,

<i>Revalidatiearts/physician assistant*</i>	<i>5 uur</i>
<i>Fysiotherapeut</i>	<i>21 uur</i>
<i>Ergotherapeut</i>	<i>21 uur</i>
<i>Casemanager**</i>	<i>6 uur</i>
<i>Maatschappelijk werk op indicatie</i>	

**Revalidatiearts/physician assistant registreert in de DBC alleen directe tijd. Dus geen indirecte tijd zoals MDO tijd, verslagleggingstijd, etc waar de revalidatiearts/physician assistant wel degelijk aan deelneemt / tijd aan besteedt.*

***Casemanager kan zijn: een fysiotherapeut, (GZ-)psycholoog of ergotherapeut."*

3.3. Bij brief van 10 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.

3.4. De zorgaanbieder heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 28 juni 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In reactie hierop heeft verzoekster het online klachtenformulier ingevuld en aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3.5. Op 2 augustus 2022 heeft de behandelend pijnspecialist, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"Patiënt presenteerde zich met diffuse thoracale klachten links en rechts, die continu aanwezig zijn en toenemen bij elke vorm van beweging of inspanning. Deze zijn ontstaan na een COVID-infectie en daarbij opgetreden longembolieën, welke enkele maanden later werden ontdekt waarop gestart is met antistolling. Patiënt was tot die tijd gezond. Vanwege de hevige pijnklachten lukte het initieel niet om de pijnstilling middels opioïden in de vorm van oxycodon af te bouwen. Op de polikliniek pijngeneeskunde werd gestart met amitriptyline in een poging om de neuropathische pijncomponenten opgetreden sensitiviteit te verminderen. Dit is gedeeltelijk gelukt waarop in stappen de oxycodon werd afgebouwd. Helaas resteren invaliderende pijnklachten ondanks de ingezette medicamenteuze therapie.

Ter optimalisering van de belastbaarheid en van de coping van de pijnklachten, werd patiënt verwezen voor een multidisciplinair revalidatietraject. Hierbij in de overweging meenemende dat

er reeds fysiotherapie, ergotherapie en pijnbehandeling op een polikliniek pijngeneeskunde heeft plaatsgevonden en het ondertussen chronische karakter van de klachten.”

- 3.6. Bij brief van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 6 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet geven voor de aangevraagde interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. In dit verband heeft zij toegelicht dat zij kampt met pijnklachten, algehele vermoeidheid en deconditionering. Verzoekster onderging behandelingen door een longarts, internist, pijnspecialist, ergotherapeut en fysiotherapeut, maar haar situatie is onveranderd. Dit blijkt ook uit de scans die met tussenpozen van een halfjaar zijn gemaakt. Zij kan niet werken, boodschappen doen of meer dan 200 meter lopen zonder te pauzeren. Verzoekster is doorverwezen voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie om te leren omgaan met de klachten en de kwaliteit van leven terug te krijgen. Volgens verzoekster is de afwijzing, onder verwijzing naar het standpunt van het Zorginstituut uit 2015, niet juist. Uit dit stuk blijkt namelijk dat ook iemand met een somatische aandoening die hierdoor beperkt wordt in het bewegingsvermogen tot de doelgroepen behoort. De somatische aandoening zijn in haar geval de chronische longembolieën. Een indicatie bestaat volgens het Zorginstituut als er verwacht kan worden dat door specifieke revalidatie geneeskundige interventie specifieke symptomen en/of secundaire gevolgen van de ziekte of aandoening kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven. Volgens de pijnspecialist en de instelling voor revalidatie is hiervan bij verzoekster sprake.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog benadrukt dat zij enorm veel baat heeft gehad bij het inmiddels door haar gevolgde interdisciplinaire medisch specialistische revalidatietraject. Zij kan inmiddels ruim 500 meter lopen en weet haar energie op de juiste manier te gebruiken.
- 4.3. 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.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag terecht werd afgewezen, waarbij hij verwijst naar het standpunt van het Zorginstituut uit 2015, de Nota indicatiestelling VRA, het Position Paper VRA, de Standaard chronische pijn, en de Nota indicatiestelling MSR.

Bij verzoekster betreft het, naast algemene vermoeidheidsklachten, hardnekkige pijnklachten aan het borstbeen en aan de achterzijde/zijkant van de thorax, waardoor beperkingen in de bewegingsmogelijkheden. Een en ander is beschreven als een lokaal pijnsyndroom.

Er is derhalve geen sprake van een chronisch pijnsyndroom van het bewegingsapparaat dan wel ernstige SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) met verschijnselen in het houdings- of bewegingsapparaat. Verzoekster behoort hiermee niet tot de door het Zorginstituut in het standpunt uit 2015 beschreven doelgroepen.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd zich bij het standpunt van het Zorginstituut aan te sluiten op het punt dat de ingediende aanvraag voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie onvoldoende is onderbouwd.

5.3. 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.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzekerde zorg

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) is zorg die bij bepaalde indicaties en complexiteit van klachten en beperkingen onder de Zvw kan vallen, zoals beschreven in het standpunt van het Zorginstituut uit 2015. IMSR bij langdurige klachten na een doorgemaakte COVID-19 infectie (post-covidsyndroom) is vanwege het feit dat COVID-19 een nieuwe infectieziekte is nog niet onderzocht. Vooralsnog ontbreekt de onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR bij langdurige klachten van het post-covid syndroom, die zeer divers kunnen zijn. IMSR bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek, voldoet wel aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Indicatie

Als indicatie wordt door de revalidatiearts aangegeven dat sprake is van een chronisch pijnsyndroom, waarbij hij op één plaats aangeeft dat voldaan zou zijn aan de ernstcriteria op WPN4-niveau en op een andere plaats op WPN3-niveau. Beide beweringen worden niet onderbouwd. De klinimetrische resultaten zijn niet in overeenstemming met de anamnestic aangegeven ziektelast (bijvoorbeeld score RAND-36 mentale gezondheid 80/100 (100% gezond = score 100) en vitaliteit 70/100; vermoeidheid score 3/10 (0 = geen vermoeidheid), pijnscore 6/10 (0 = geen pijn) hetgeen wordt geweten aan onderrapportage. Wat betreft psychische klachten is sprake van verdriet, verzoekster kan niet wat ze wil en heeft neiging tot verdrukken, met wel aanwezig inzicht in biopsychosociale pijnfactoren. Op sociaal gebied kan verzoekster niet zelfstandig naar kantoor, geen boodschappen doen en geen sociale contacten onderhouden. Ze werkt 40 uur per week als consultant. Uit de informatie van de longarts blijkt, dat er sprake is van een status na longembolieën, waarvoor medicamenteuze behandeling met antistolling sinds november 2020, waarna pas vanaf mei 2021 sprake is van thoracale pijnklachten. Hiervoor wordt aanvullend medicamenteus behandeld met oxycontin, waarna in maart 2022 wordt verwezen naar een pijnspecialist omdat de oxycontin niet kan worden afgebouwd. Omdat andere medicatie niet toereikend is, wordt verzoekster verwezen naar de revalidatiearts. Uit het dossier blijkt niet dat vanwege deze thoracale pijnklachten fysiotherapie of ergotherapie is ingezet, noch in welke periode dit is geweest. Verzoekster geeft zelf aan dat zij vanaf najaar 2020 gedurende een jaar fysiotherapie heeft gehad en daarnaast ook ergotherapie. De revalidatiearts geeft aan dat eerst vier maanden fysiotherapie gericht is geweest op ademhaling en ontspanning, en daarna acht maanden op opbouw van loopafstand. Het is daarom onduidelijk of deze therapie (mede) gericht is geweest op de thoracale pijnklachten. Het is tevens onduidelijk waarom opnieuw aanbieden van fysiotherapie en ergotherapie als onderdeel van een IMSR. programma wel zinvol zou zijn. De derde door de revalidatiearts voorgestelde component van het IMSR. programma is psychologie, waarbij onduidelijk is of verzoekster daarop is aangewezen vanwege onduidelijkheid over de aanwezigheid van psychische/mentale klachten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor IMSR.. De behandeling komt derhalve niet 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: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 6 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

Naar aanleiding van de ontvangen informatie merkt het Zorginstituut het volgende op. Het geschil betreft de vraag of verzoekster aan de geldende specifieke indicatievoorwaarden voldoet en of zij redelijkerwijs was aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. De behandelaar heeft de aanvraag in de mail d.d. 31 januari 2023 nader onderbouwd. De behandelaar geeft als indicatie aan dat verzoekster een chronisch pijnsyndroom heeft op ernstniveau WPN4. Dit wordt verder niet onderbouwd, aangezien de klinimetrische resultaten hetzelfde zijn en niet in overeenstemming zijn met de anamnestic aangegeven ziektelast. De psychische klachten zijn nogmaals benadrukt, maar niet met klinimetrische informatie geobjectiveerd.

De behandelaar geeft verder aan dat er sprake zou zijn van matched care, waarmee de behandelaar lijkt aan te geven dat aan het stepped care-traject onvoldoende invulling is gegeven. Matched care is geen duidelijk door de beroepsgroep omschreven begrip en kan niet zonder meer in de plaats komen voor het uitgangspunt van stepped care. De aanvullende stukken bevatten geen informatie over de paramedische behandelingen in de eerste lijn (fysiotherapie en ergotherapie) en psychologische behandeling in de eerste lijn ontbreekt. De behandelingen waren eerder voor een belangrijk deel verleend in verband met post-covid klachten, maar dat wordt niet meer vermeld in de aanvullende informatie.

Het is op basis van de aanvullende informatie nog steeds onduidelijk of de fysiotherapeutische behandeling (mede) gericht is geweest op de thoracale pijnklachten, wat het resultaat van de behandeling was en waarom opnieuw aanbieden van fysiotherapie en ergotherapie als onderdeel van een IMSR programma wel zinvol is. Daarnaast is nog steeds onduidelijk of voor de psychische klachten een eerstelijns behandeling is geboden.

Het voorlopig advies wijzigt gelet op het voorgaande niet. Op basis van de beschikbare informatie kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor IMSR.. De behandeling komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie en het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' 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

- 8.2. Op grond van artikel B.4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische revalidatie. In artikel A.3.2 is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op de verzekerde zorg indien betrokkene hierop gezien zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Deze laatste bepaling is gebaseerd op artikel 2.1 Bzv.
- 8.3. De commissie is zich zeer bewust van de indrukwekkende verklaring van verzoekster ter zitting en van haar stelling dat zij veel baat heeft gehad bij de ondergane behandeling. Aan de commissie is echter de taak vast te stellen of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ondergane behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. In het kader van deze beoordeling heeft de commissie advies gevraagd aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 7 november 2022 vastgesteld dat een onderbouwing van de effectiviteit van IMSR bij COVID-19 klachten nog niet is onderzocht omdat het gaat om een nieuwe infectieziekte. IMSR bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek, voldoet wel aan de stand van de wetenschap en praktijk en behoort daarmee in beginsel tot de verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering. De volgende vraag is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op IMSR, als bedoeld in artikel A.3.2.
- 8.4. Het Zorginstituut stelt in dit verband dat, ook na de aanvulling van de aanvraag, niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster een indicatie heeft voor IMSR. Dat sprake is van een chronisch pijnsyndroom, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, is niet voldoende onderbouwd. De klinimetrische resultaten zijn niet in overeenstemming met de anamnestic aangegeven ziektelast. Het is niet duidelijk in hoeverre er psychische problematiek is vastgesteld. Ook is niet gebleken of verzoekster vanwege de pijnklachten aan haar borstbeen en aan de achterzijde/ zijkant van de thorax, waarvan vanaf mei 2021 sprake is, fysiotherapie of ergotherapie heeft gevolgd. Uit het dossier blijkt enkel dat de fysiotherapie vanaf het najaar 2020 gericht is geweest op ademhaling en ontspanning en daarna op de opbouw van loopafstand. Het Zorginstituut concludeert dat het verzoek moet worden afgewezen. De commissie ziet onvoldoende aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Het is niet gebleken dat sprake is van complexe problematiek op meerdere domeinen, terwijl bovendien niet vast staat dat verzoekster in de eerste lijn is behandeld voor de psychische en lichamelijke klachten die aanleiding zijn voor de aanvraag voor IMSR (de zgn. stepped care). Dit betekent dat verzoekster niet in aanmerking komt voor IMSR ten laste van de zorgverzekering en dat de desbetreffende aanvraag terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.

Slotsum

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2023

H.A.J. Kroon

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

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

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

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel

die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

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

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe multimorbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake

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 veertien 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 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, 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 transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien 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 indien 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.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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.

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.