



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische revalidatie, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901625

Zittingsdatum : 8 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en L. Ritzema)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 juli 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 5 november 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 5 december 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019054508) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 10 december 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de verklaring van de revalidatiearts van 20 november 2019 zijn op 14 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 2 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is in augustus 2018 van de trap gevallen, waarbij zij een hersenschudding heeft opgelopen. Hiervoor is zij gedurende acht maanden behandeld door een fysiotherapeut en een neuroloog. Omdat de klachten niet over gingen, heeft de neuroloog verzoekster verwezen voor een medisch specialistisch revalidatietraject.
- 3.3. De behandelend neuroloog heeft op 22 januari 2019 over verzoekster verklaard:

"(...) Is in augustus van trap gevallen met hoofd op betonnen vloer. Ook even buiten bewustzijn geweest. Zelf op gestaan. Grote bulten frontaal. Hierna veel stekende pijnen gehad in het hoofd, ook erg misselijk. Nu vooral zeurende hoofdpijn. Is initieel maand lang full time doorgewerkt. 21 september bij bedrijfsarts geweest: 50% gaan werken. Werkt halve dagen. Werkt[e] eerder fulltime. Nu halve dagen, waarvan 1 halve dag ook thuis (minder prikkels). Drukke bijeenkomsten mijdt

patiënte. Meer vergeetachtig, ook veel misselijk nog. Ook veel meer slapen. Gaat tegen 20 uur op bed, en slaapt liefst uit. Eten, drinken, slikken, bewegen armen en benen gaat goed. (...)

Conclusie

Post-commotioneel syndroom

Beleid

verwijzing revalidatiecentrum (...)"

- 3.4. De behandelend fysiotherapeut heeft op 4 april 2019 over verzoekster verklaard:
"Mevrouw is vanaf September 2018 onder behandeling na een val van de trap. Mevrouw is buiten kennis geweest en er werd een commotio cerebri vastgesteld.

Status praesens 04-04-2019:

Mevrouw werkt 3 ochtenden per week, heeft een aangepast beeldscherm en werkt gedeeltelijk vanuit huis. Geluid en licht provoceren hoofdpijn boven op het hoofd en misselijkheid. Ook kan mevrouw niet lang in een drukke ruimte zijn. Mevrouw heeft haar leven aangepast aan mogelijkheden, dit beteken[t] meer rust en minder activiteiten met anderen, vroeg naar bed om het huidige niveau vol te kunnen houden. Mevrouw wandelt iedere dag. De behandeling bestond uit: inzicht geven in belasting/belastbaarheid, oefeningen om bewegingsangst en spanning tegen te gaan en ontspannende massage. Er is gewerkt met een hoofdpijn dagboek om nog meer inzicht te krijgen. En medicatie (8 paracetamol p/d) af te bouwen. Dit is gelukt. Op dit moment zie ik mevrouw nog 1 maal per twee weken. De behandeling/voortgang lijkt te stagneren. Het uitbreiden van werkzaamheden is onmogelijk. Mijn advies is een meer multidisciplinaire aanpak, waarbij de meerwaarde ligt in de combinatie van behandelingen en een "kort" durende intensieve periode gericht op herstel. (...)"

- 3.5. De revalidatiearts heeft op 20 november 2019 het volgende verklaard:

"Patiënte zou gebaa[t] zijn bij het verkrijgen van inzicht en grip op het klachtenbeeld en de gevolgen. Om dit te bewerkstelligen dient een structurele gedragsverandering plaats te vinden waarbij het inzicht in eigen handelen wordt vergroot en de fysieke belastbaarheid kan worden opgebouwd. Om op deze gebieden een duurzaam resultaat te kunnen behalen, is een multidisciplinair traject nodig. (...)"

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 7 maart 2019 en 27 maart 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van medisch-specialistische revalidatie niet worden vergoed.

- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 mei 2019 en 11 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.8. Bij brief van 5 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"De omschrijving van de klachten en conclusie van de revalidatiearts biedt geen inzicht in de ernst van de klachten of beperkingen. Toch komt de revalidatiearts tot de conclusie dat er sprake is van chronische pijnproblematiek (i.c. hoofdpijn) in WPN-klasse 3. Voor de ernstklasse WPN-3 moet er volgens de Position Paper Medisch Specialistische Revalidatie bij Chronisch Pijn van de VRA sprake zijn van onderhoudende psychosociale factoren met een matige tot ernstige impact op het functioneren. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat de aangegeven genoemde psychosociale factoren (concentratie- en geheugenstoornissen?) zodanig complex of ernstig zijn dat een daardoor veroorzaakte matige tot ernstige impact op het fysiek functioneren verondersteld kan worden. Met betrekking tot stepped care kan worden opgemerkt dat met de fysiotherapiebehandeling e[e]n duidelijke verbetering is gerealiseerd en de behandel frequentie is afgebouwd naar één behandeling per twee weken. Dit is moeilijk te rijmen met het voorstel van de fysiotherapeut om een intensieve multidisciplinaire behandeling in te zetten. Er zijn geen andere eerstelijns disciplines behalve

de fysiotherapeut betrokken, daarom is niet voldaan aan stap twee van het stepped care model (monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn).

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor een medisch specialistische revalidatiebehandeling. Daarnaast is niet voldaan aan het stepped care principe, er hebben geen adequate meervoudige monodisciplinaire eerstelijns behandelingen plaatsgevonden. De gevraagde behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van medisch-specialistische revalidatie alsnog aan haar te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische revalidatie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat medisch-specialistische revalidatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Wat hen verdeelt, is de vraag of verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft.

6.3. Verzoekster heeft naar voren gebracht dat zij nog steeds klachten ondervindt door de hersenschudding die zij in augustus 2018 opliep. Behandelingen door de fysiotherapeut en neuroloog hebben niet tot het gewenste resultaat geleid, waardoor zij volgens de neuroloog is aangewezen op medisch-specialistische revalidatie. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat bij verzoekster sprake is van klachten na een goed genezen hersenschudding, waarbij het herstel vertraagd verloopt zonder dat daarvoor een medisch-somatische oorzaak kan worden gevonden. Er zijn milde psychosociale beperkingen die volgens de ziektekostenverzekeraar zeer goed eerstelijns behandeld en begeleid kunnen worden. Daarom bestaat er naar zijn oordeel geen (verzekerings)indicatie voor medisch-specialistische revalidatie.

6.4. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 5 december 2019 tot de conclusie dat uit de beschikbare informatie niet blijkt dat de genoemde psychosociale factoren (concentratie- en geheugenstoornissen) bij verzoekster zodanig ernstig of complex zijn dat daardoor een matige of ernstige impact op het fysiek functioneren te verwachten is. Daarnaast is door verzoekster niet voldaan aan het zogenoemde 'stepped care' principe, omdat geen adequate meervoudige monodisciplinaire eerstelijns behandelingen hebben plaatsgevonden. Behalve de fysiotherapeut zijn geen andere disciplines bij de behandeling betrokken geweest. Met de behandelingen

fysiotherapie is een duidelijke verbetering gerealiseerd en de behandelrequentie is verlaagd. Om deze redenen komt het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op medisch specialistische revalidatie, ten laste van de zorgverzekering. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor medisch-specialistische revalidatie, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 januari 2020,

L. Ritzema

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 zorgverzekerder 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 zorgverzekerder 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 2.4

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 gehemeltespelen, 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.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming

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

16.2. Geriatrische revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U heeft maximaal 6 maanden recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 37, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. U een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de

eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrie polikliniek. De geriatrie revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;

3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstel mogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviseur en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviseur.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.