



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische revalidatie, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201901208
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 de heer C te B,
tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Bij klachtenformulier van 16 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 28 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.
- 
- 2.3. Bij brief van 26 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019043553) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 27 september 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. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld toe te lichten welke informatie nog nodig is. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 januari 2020 verwezen naar het advies van het Zorginstituut voor de benodigde informatie. Een kopie van deze brief is aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft bij brief van 30 januari 2020 meegedeeld dat de tijdens de hoorzitting overgelegde informatie voldoet aan de vraag van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze brief een kopie ontvangen.
- 
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 31 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 10 februari 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
- 
- 2.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het definitief advies van het Zorginstituut te reageren. Op 19 februari 2020 heeft verzoekster op het advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 
- 

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZ Basis en CZ Tandarts (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 september 2018 aan verzoekster meegedeeld dat zij geen akkoordverklaring ontvangt voor de aangevraagde medisch specialistische revalidatie.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 oktober 2018 en 3 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De behandelend revalidatiearts heeft op 5 oktober 2018 over verzoekster verklaard:
"(...) [Verzoekster] kampt sinds de aanvang van haar pijnklachten ongeveer 10 jaar geleden met een geleidelijke gewichtstoename. Voor die tijd was mevrouw erg smal, ondanks dat haar eetpatroon niet is aangepast en ten opzichte van deze tijd is zij toch in gewicht toegenomen. Door de pijnklachten is mw. fors beperkt en lukt het haar niet om te sporten, waardoor zij weer is aangekomen. Afvallen met een diëtist is nooit goed gelukt, dit heeft mevrouw reeds vele keren geprobeerd. Ook tijdens het revalidatietraject is mevrouw in behandeling geweest bij een diëtist. Hoewel obesitas klachten kan verergeren is het geen oorzaak van de klachten van [verzoekster]. Daarnaast is het overgewicht van mevrouw geen reden haar behandeling niet goed te keuren. Het argument dat mevrouw haar klachten 'zelf veroorzaakt heeft' en daardoor niet voor behandeling in aanmerking komt is dan ook volledig misplaatst en ongegrond. Ons inziens kan het revalidatietraject ervoor zorgen dat mevrouw minder beperkt raakt, meer kan en gaat bewegen en zodoende gaat afvallen. Het is dan ook een utopie om mevrouw alvorens een revalidatietraject te laten starten te laten afvallen teneinde haar klachten te verminderen, zeker gezien haar voorgeschiedenis. (...)".
- 3.5. De revalidatiearts heeft op 8 april 2019 over verzoekster verklaard:
*"Daarbij is er naast het overgewicht sprake van diverse lichamelijke klachten (door reumatoloog geduid als tendomyogene pijnklachten zonder artrose), waaronder nek, schouder, pols- en handklachten, stijfheid, krampen, verminderde kracht, rug/knieklachten, slaapproblemen, vermoeidheid en COPD;
EN van onderhoudende mentale factoren in het omgaan met deze klachten (ook nog los van het overgewicht) zoals moeite met grenzen aangeven, verminderd vertrouwen in haar lichaam, zorgen om de klachten, moeite met ontspannen;
EN cliënt in haar dagelijks functioneren meer wordt belemmerd door de pijnklachten dan door haar al lang bestaande overgewicht.
Hierdoor is de totale problematiek veel breder [is] dan alleen overgewicht. Bij de door u voorgestelde interventie zal er onvoldoende aandacht zijn voor de meest belemmerende factor in de behandeling die juist vooral ligt op het terrein van 'hoe kan ik meer gaan bewegen met pijnklachten (in ook tegengaan overgewicht) en adequate coping met pijn/lichamelijke klachten'. Hierop zou een gedragsmatig programma voor alleen het overgewicht snel vastlopen doordat men onvoldoende de invloed van de pijnklachten hierin mee kan nemen. Een revalidatietraject kan gezien de combinatie van lichamelijke klachten/pijn, overgewicht en coping/mentale klachten dan juist een meer integrale behandeling bieden waarbij ook aandacht voor bewegen, dieet en gedragstherapie maar dan wel in relatie tot zowel het overgewicht als de lichamelijke klachten en is dit dus juist een doelmatige en meer (kosten-efficiënte) behandeling. (...)".*
- 3.6. Bij brief van 26 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *"(...) Omdat de ernst van de diverse klachten niet is aangegeven kan met de in het dossier beschikbare informatie niet worden onderbouwd dat er sprake is van complexe en samenhangende problematiek. De fysiotherapeutische behandeling is reeds langere tijd geleden en het is sterk de vraag of 8 behandelssessies in dit geval als adequaat kan worden gezien. Informatie over doelstelling en*

resultaat van deze behandeling ontbreken. Er is geen informatie beschikbaar over andere eerstelijns behandelingen, met name niet ten aanzien van de psychische problematiek. Derhalve biedt het dossier ook onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of voldaan is aan het 'stepped care' principe. Gezien het ontbreken van informatie over andere behandelaars dan fysiotherapeut en diëtist lijkt hiervan geen sprake. (...) Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. (...)"

3.7. Bij brief van 10 februari 2020 heeft het Zorginstituut over verzoekster verklaard:

"(...) In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat niet onderbouwd is dat sprake is van complexe en samenhangende problematiek. Ook informatie over behandeling in de eerstelijns ontbreekt. Daarom kan niet worden beoordeeld of voldaan is aan het 'stepped care' principe.

De aanvullende stukken bevatten geen informatie ten aanzien van de complexiteit en samenhang van de problematiek, noch over eerstelijnszorg die in het verleden of recent heeft plaatsgevonden. Begeleiding of ondersteuning in de eerstelijns op psychologisch gebied lijkt in ieder geval niet te zijn gegeven. De nadere verklaring van de revalidatiearts geeft daarom geen aanleiding om het voorlopig advies te herzien. (...)"

3.8. De revalidatiearts heeft op 19 februari 2020, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het gaat er bij het principe van stepped care niet om of er nog beschikbare behandelingen in de eerste lijn die mogelijk adequaat kunnen zijn en door cliënte nog niet geprobeerd zijn, maar het gaat er om dat er doelmatige zorg wordt gegeven. Tevens is het relevant of deze behandeling naar inzicht van de behandelend arts nog afdoende resultaat kan opleveren. De revalidatiearts heeft in de situatie van cliënte bepaald dat dat niet het geval is. Het gaat er om dat er voor cliënte een passende behandeling wordt geboden die aansluit bij haar klachten en beperkingen en die voldoende resultaat kan opleveren. Vanwege de mate van complexiteit van de klachten en beperkingen is geconstateerd dat een behandeling in de eerste lijn in de huidige situatie van cliënte geen afdoende resultaat meer zal opleveren voor cliënte.

Het feit dat een revalidatiearts de indicatie MSR stelt betekent dat er geen sprake (meer) is van een adequate behandeling in een lager echelon. Indien doelmatige zorg in de eerste lijn niet mogelijk is, wordt niet gehandeld in strijd met het 'stepped care' principe door de indicatie MSR te stellen. De indicatiestelling van de revalidatiearts bevat een onderzoek/benadering conform het principe van stepped care. Dit blijkt niet enkel uit recente jurisprudentie, maar onder andere ook uit de Nota indicatiestelling, het Behandelkader pijnrevalidatie en het Rapport van het Zorginstituut.

ii. Er heeft wel degelijk behandeling in de eerste lijn plaatsgevonden, namelijk in de vorm van fysiotherapie. Door de fysiotherapeut is vastgesteld dat verdere behandeling voor de klachten van mw. geen resultaat zou bieden waardoor is besloten de behandeling na 8 behandelingen te staken. Op welk moment meent het zorginstituut dat wel sprake is van adequate behandeling? Hoeveel behandelingen binnen welke disciplines zijn noodzakelijk alvorens men tot de conclusie komt dat verder behandelen niet zinvol blijkt? Hierop komt geen antwoord.

Hierbij komt nog dat binnen de eerstelijns fysiotherapie alsook psychologie te weinig expertise aanwezig is om de complexe problematiek van mw. te behandelen, zeker omdat er daarbij sprake is van opiaatgebruik. (...)

iii. mw. heeft meermaals via haar eigen huisarts aan de bel getrokken vanwege haar klachten maar vond hier geen respons. Hierdoor is pas in een (te) laat stadium behandeling binnen de eerste lijn opgestart, waarvan op dat moment geen resultaat meer kwam. Daarbij komt nog dat mw. al die tijd door de (pijn)klachten heen heeft doorgewerkt. Hierdoor was er bij aanvang van de revalidatiebehandeling sprake van 100% ziektewet, terwijl mw in 22 jaar werken slechts 2 maal (kort) ziek is geweest. Ook was mw. volledig beperkt in ADL/HDL, hetgeen er in samenhang bezien voor gezorgd heeft dat er sprake was van een gewichtstoename, ondanks een beperkte calorie-inname. (...)"



4. Geschil

- 
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een akkoordverklaring te geven voor medisch specialistische revalidatie.
- 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 A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.



6. Beoordeling

- 
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg 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 onder bepaalde voorwaarden verzekerde zorg vormt op basis van de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft. Verzoekster verwijst naar een verklaring van de behandelend revalidatiearts. Hierin wordt toegelicht dat zij al diverse pogingen heeft gedaan op andere wijze af te vallen. Op dit moment is zij fors beperkt. Een revalidatietraject kan volgens de arts een meer integrale behandeling bieden waarbij ook aandacht voor bewegen, dieet en gedragstherapie zal bestaan, zowel in relatie tot het overgewicht als de lichamelijke klachten, en is bovendien doelmatig en meer kostenefficiënt. Volgens de ziektekostenverzekeraar worden de klachten van verzoekster mede veroorzaakt door morbide obesitas. Enkel bewegen bij deze aandoening zorgde volgens diverse studies niet voor een positief effect op het overgewicht. Om die reden acht hij geen (verzekerings)indicatie aanwezig voor medisch specialistische revalidatie en is hij van mening dat deze zorg in de situatie van verzoekster niet doelmatig is.
- 
- 6.3. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 26 september 2019 kan op basis van de beschikbare informatie, met name over de ernst van de klachten, niet worden geconcludeerd dat sprake is van een complexe en samenhangende problematiek, terwijl daarnaast niet blijkt dat is voldaan aan het 'stepped care' principe. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De later ingebrachte aanvullende informatie heeft niet geleid tot een ander advies. Ook in het definitief advies van 10 februari 2020 geeft het Zorginstituut aan dat niet is onderbouwd dat sprake is van een complexe en samenhangende problematiek. De revalidatiearts heeft in reactie hierop aangevoerd dat wél eerstelijns zorg heeft plaatsgevonden in de vorm van acht behandelingen fysiotherapie en psychologische zorg. Deze informatie was echter al eerder beschikbaar, en hierop is het Zorginstituut in het voorlopig advies al ingegaan. Deze zorg en de informatie die hierover beschikbaar is, zijn onvoldoende om te kunnen concluderen dat is voldaan aan het 'stepped care' principe. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op medisch specialistische revalidatie, ten laste van de zorgverzekering.
- 



Aanvullende ziektekostenverzekering



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



6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 4 maart 2020,



J.A.M. Strens-Meulemeester



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.

Besluit zorgverzekering

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 gehemeltespelingen, 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.

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar hebt u recht op?

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.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- 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.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel 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.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voorafgaand aan een revalidatiebehandeling zonder opname bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revali-

datie.

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

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

Zorg: waar hebt u recht op?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden 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.
- De zorg valt onder 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., de geriatrische revalidatie gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wlz;
- Er bestaat ook aanspraak als er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en er heeft voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening plaatsgevonden. In dit geval moet zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriater op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Verwijzing

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

- Als u de behandeling krijgt als gevolg van een acute aandoening geldt dat er een geriatrisch assessment moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriater.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als (in bijzondere gevallen) de geriatrische revalidatie langer duurt dan 6 maanden, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor geriatrische revalidatie.

1e, 2e of 3e graad van de verzekerde is.

Zorgverlener

De zorgverlener moet:

- voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie; en
- verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

B.4.7. Orgaantransplantatie

B.4.7.1. Zorg voor u als ontvanger

Zorg: waar hebt u recht op?

Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, omvat de zorg:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor.
- het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie. Het kan ook om levende donatie gaan.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- De transplantatie van weefsels en organen is verricht in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de

B.4.7.2. Zorg voor u als donor

Zorg: waar hebt u recht op?

Bij orgaantransplantatie omvat de zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u als ontvanger afstaat):

- opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. De donor heeft dit nodig in verband met de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Dit vervoer duurt maximaal 13 weken na het einde van de opname die hiermee te maken heeft. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- als vervoer medisch noodzakelijk is, is in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met een auto of een taxi mogelijk.
- vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.
- kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet