VERZEKERINGSVOORWAARDEN

MAART 2026

INHOUD

Begrippenlijst		4
1	De Regeling Medische zorg Oekraïne	5
1.1	Aanspraak op zorg volgens de RMO	5
1.2	Verwijzingen, indicaties en toestemming	5
1.3	Gecontracteerde zorgaanbieders	5
1.4	Declaraties	6
2	Aanspraak op zorg	6
2.1	Audiologische hulp	6
2.2	Begeleiding	6
2.3	Behandeling	7
2.4	Diëtetiek	8
2.5	Dieetpreparaten	8
2.6	Erfelijkheidsonderzoek	9
2.7	Ergotherapie	9
2.8	Fysiotherapie en oefentherapie	10
2.9	Geestelijke Gezondheidszorg	10
2.10	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen	14
2.11	Geneesmiddelen (farmaceutische zorg)	14
2.12	Geriatrische revalidatie	16
2.13	Huisartsenzorg	16
2.14	Huishoudelijke hulp	17
2.15	Hulpmiddelen	17
2.16	Kraamzorg	18
2.17	Logopedie	18
2.18	Medisch specialistische zorg	19
2.19	Niet-klinische dialyse	21

2.20	Palliatief Terminale Zorg	21
2.21	Plastische chirurgie	21
2.22	Revalidatie	22
2.23	Second opinion	23
2.24	Stoppen met Roken	23
2.25	Tandheelkundige zorg	24
2.26	Transplantatie	27
2.27	Trombosedienst	28
2.28	Tuberculose zorg (tbc)	28
2.29	Verblijf	28
2.30	Verloskundige zorg	30
2.31	Verpleging en verzorging (ook wel: thuiszorg)	31
2.32	Vervoer per ambulance	32
2.33	Voetzorg	32
2.34	Voorwaardelijk toegelaten zorgvormen	33
2.35	Zittend ziekenvervoer	33
2.36	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	33
2.37	Zwangerschapsafbreking	34

BEGRIPPENLIJST

Blz:	Besluit langdurige zorg
CIZ:	Centrum Indicatiestelling Zorg
Cov:	Controle op verzekeringsrecht
GGD:	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
POH:	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
RMO:	Regeling Medische zorg Oekraïne
Rzv:	Regeling zorgverzekering
Verblijfstitel 46	Oekraïense ontheemden die vallen onder de werking van de Richtlijn tijdelijke bescherming worden door gemeenten ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP). Het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft een nieuwe verblijfstitelcode (code 46) geïntroduceerd die Oekraïners en derdelanders met verblijf in Oekraïne krijgen na inschrijving in de BRP.
Wlz:	Wet langdurige zorg

1 DE REGELING MEDISCHE ZORG OEKRAÏNE

In de Regeling Medische zorg Oekraïne (RMO) is de zorg omschreven waar ontheemden uit Oekraïne aanspraak op kunnen maken. Voor alle zorg geldt dat aanspraak bestaat op zorg zoals zorgaanbieders die plegen te bieden en die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Ontheemden uit Oekraïne hebben recht op zorg waarop deze naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn. Het grootste deel van de aanspraken onder de RMO komt overeen met de aanspraken in het basispakket van de zorgverzekeringswet. Daarnaast valt een deel van de zorg die onder de Wlz valt, ook onder de RMO. Voor ontheemden uit Oekraïne geldt geen eigen bijdrage en geen eigen risico. Ontheemden uit Oekraïne kunnen aanspraak maken op zorg in natura. RMO verrekent deze kosten met de zorgaanbieder.

Zorg buiten Nederland wordt alleen vergoed als RMO vooraf toestemming heeft verleend of als deze zorg spoedeisend is. Deze toestemming kan worden verkregen door te mailen via het contactformulier vergoedt tot het wettelijk maximumtarief of de marktconforme vergoeding geldend in Nederland.

De RMO verwijst naar enkele bijlagen. U vindt alle bijlagen op www.rmoekraine.nl. Daar waar wordt verwezen naar bijlagen op grond van bestaande wetgeving kunt u deze raadplegen via www.overheid.nl.

De RMO kan op ieder moment gewijzigd worden. Van toepassing is de versie zoals deze gold op het moment van de behandeling. U vindt op de website www.rmoekraine.nl altijd de meest recente versie, met daarbij de ingangsdatum.

1.1 Aanspraak op zorg volgens de RMO

De RMO geldt voor:

- Ontheemde uit Oekraïne welke in het BRP ingeschreven zijn met code 46.

Een zorgaanbieder kan nagaan of aanspraak bestaat op grond van de RMO via een controle op verzekeringsgegevens (COV) op basis van het BSN en de geboortedatum.

1.2 Verwijzingen, indicaties en toestemming

Voor elke zorgsoort is in hoofdstuk 2 beschreven wanneer een verwijzing, indicatie of toestemming nodig is.

1.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

De Verzekerde heeft enkel recht op vergoeding van zorg door zorgaanbieders die een contract hebben met RMO. Gecontracteerde zorgaanbieders zijn weergegeven op de website: www.rmoekraine.nl.

Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een contract kunnen zich melden via het contactformulier.

1.4 Declaraties

Declaraties voor zorg dienen zorgaanbieders in via VeCoZo bij RMO via UZOVI code 3355 op basis van het BSN nummer en de geboortedatum van de Verzekerde.

Voor enkele onderdelen van de RMO geldt een afwijkende declaratieprocedure. In die gevallen staat dat specifiek opgenomen in de RMO.

Voor vragen over declaraties kunt u contact opnemen via het contactformulier.

2 AANSPRAAK OP ZORG

De aanspraak op zorg en de daarbij behorende voorwaarden zijn in onderstaande artikelen per zorgsoort omschreven.

2.1 Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als de Verzekerde problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op audiologische zorg na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, KNO-arts of het audiologisch centrum.

2.2 Begeleiding

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op Begeleiding individueel of groep zoals hieronder omschreven, mits de verzekerde een Wlz-zorgvraag heeft. Indien dit niet het geval is, valt de begeleiding niet onder de RMO, maar onder de Wmo van de betreffende gemeente.

Begeleiding, omvat activiteiten aan een persoon met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

– de sociale redzaamheid;
– het bewegen en verplaatsen;
– het psychisch functioneren;
– het geheugen en de oriëntatie; of
– het vertonen van matig of zwaar probleemgedrag.

De activiteiten die hierboven genoemd zijn, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing.

De activiteiten hierboven genoemd bestaan uit:
- het ondersteunen bij het oefenen met vaardigheden of handelingen;
- het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie; of
- het overnemen van toezicht, en indien dat nodig is, het bieden van persoonlijke verzorging als bedoeld in artikel 4 Blz voor zover er geen verwijzing is voor verpleging is als omschreven onder het kopje Verpleging en Verzorging.

Begeleiding kan zowel individueel als in een groep (dagbesteding) geboden worden.

VERVOER BIJ BEGELEIDING

Als de Verzekerde begeleiding gedurende een dagdeel (begeleiding groep) ontvangt, omvat de zorg ook vervoer naar en van de instelling als daarvoor een medische noodzaak bestaat.

INDICATIE IS NOODZAKELIJK PER 1-8-2024

De verzekerde maakt aanspraak op begeleiding, als hij hiervoor vooraf toestemming heeft gekregen van de uitvoerder van de RMO. Voorwaarde voor toestemming is een door het aangewezen indicatieorgaan afgegeven positief indicatie-advies. De verzekerde kan een indicatie en toestemming voor verblijf aanvragen met een aanvraagformulier. De verzekerde kan dit formulier downloaden van de website www.rmoekraine.nl.

DECLARATIE

Declaraties voor begeleiding dient de zorgaanbieder in via een declaratieformulier, zie www.rmoekraine.nl.

2.3 Behandeling

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op behandeling zoals hieronder omschreven.

Behandeling omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke of lichamelijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

VERVOER BIJ BEHANDELING

Als de Verzekerde behandeling gedurende een dagdeel (behandeling groep) ontvangt, omvat de zorg ook vervoer naar en van de instelling als daarvoor een medische noodzaak bestaat.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op behandeling na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, jeugdarts of medisch specialist.

2.4 Diëtetiek

Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Een diëtist is de deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig adviseert over aanpassingen. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op diëtetiek als hij voldoet aan één van de onderstaande indicaties:
Diabetes Mellitus type I en type II;

- Volwassenen: bij een BMI (Body Mass Index) lager dan 18 (ondergewicht); bij een BMI groter dan of gelijk aan 30 (obesitas);
- Kinderen tot 18 jaar: ondergewicht of obesitas volgens de criteria van de BMI;
- Nierinsufficiëntie, afhankelijk van de ernst, ter beoordeling van huisarts/medisch specialist
- COPD, ter beoordeling van huisarts (Gold stadium III of IV);
- Voedselallergieën, ter beoordeling van de huisarts (NHG standaard);
- Prikkelbaar darmsyndroom;
- Hypertensie;
- Chronische diarree / obstipatie;
- Zwangerschapsdiabetes
- In uitzonderingsgevallen ook overige aandoeningen na een overleg van huisarts/medisch specialist met RMO;

De Verzekerde kan aanspraak maken op maximaal 3 uur diëtetiek per kalenderjaar.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op diëtetiek na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, jeugdarts of medisch specialist.

2.5 Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een voedingsmiddel met een andere samenstelling én een andere vorm dan normale voeding. Een voorbeeld is sondevoeding.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Hij kan alleen aanspraak maken op dieetpreparaten als hij: niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en als hij:
lijdt aan een stofwisselingsstoornis; of lijdt aan een voedselallergie; of
lijdt aan een resorptiestoornis; of
lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop; of op dieetpreparaten is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

VERWIJZING

Voor aanspraak op dieetpreparaten is een volledig ingevulde “Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN” van ZN noodzakelijk. De verklaring moet zijn ondertekend door een huisarts, medisch specialist of diëtist. De apotheker of leverancier beoordeelt aan de hand van de verklaring of aan de indicatievoorwaarden is voldaan.

2.6 Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg. Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een bepaalde aandoening of aangeboren afwijking erfelijk is.

AANSPRAAK

De aanspraak op erfelijkheidsonderzoek bestaat uit:

- centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten;
- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA- onderzoek, erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding, onderzoek bij andere personen als dit nodig is om de Verzekerde te adviseren. Deze andere personen kunnen dan ook geadviseerd worden.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op erfelijkheidsonderzoek na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts of medisch specialist.

2.7 Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de Verzekerde, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

AANSPRAAK

Per kalenderjaar maakt een Verzekerde aanspraak op maximaal 10 behandeluren ergotherapie als dit het doel heeft zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

In instellingen kunnen Verzekerden terecht voor enkelvoudige ergotherapie. Ergotherapie aan Verzekerden in instellingen wordt alleen vergoed indien dit niet gericht is op de aandoening, beperking of handicap die de grondslag vormt voor het verblijf in de instelling en de zorg een monodisciplinair karakter heeft.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op ergotherapie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, jeugdarts of medisch specialist.

2.8 Fysiotherapie en oefentherapie

FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

De fysiotherapeut of oefentherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of de Verzekerde leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

AANSPRAAK

Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen. De behandelingen van deze aandoeningen worden voor de Verzekerde vanaf de eerste zitting vergoed. Verzekerden tot 18 jaar met een aandoening die niet voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering kunnen aanspraak maken op 9 zittingen fysiotherapie en indien de eerste 9 zittingen onvoldoende resultaat hebben gehad op nogmaals ten hoogste 9 zittingen.

Onder de aanspraak valt ook:

- Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de Verzekerden van 18 jaar of ouder maximaal 9 behandelingen;
- Gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen). Deze zorg omvat voor de Verzekerden van 18 jaar of ouder maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de Verzekerden van 18 jaar of ouder ten hoogste 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- Gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD), indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie
- Valpreventieve beweeginterventie voor verzekerden met een hoog valrisico die als gevolg van onder- liggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut. Uit de valrisicotest moet gebleken zijn dat er sprake is van een hoog valrisico. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.

In instellingen kunnen Verzekerden terecht voor enkelvoudige fysiotherapie. Fysiotherapie aan Verzekerden met een indicatie voor Verblijf (wonen) wordt alleen vergoed indien dit niet gericht is op de aandoening, beperking of handicap die de grondslag vormt voor de indicatie voor Verblijf (wonen) en de zorg een monodisciplinair karakter heeft.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, jeugdarts of medisch specialist. Voor Verzekerden jonger dan 18 jaar met een aandoening die niet voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering is een nieuwe schriftelijke verwijzing van de huisarts, medisch specialist of jeugdarts noodzakelijk indien de eerste 9 zittingen onvoldoende resultaat hebben gehad en de behandeling moet worden verlengd met nog eens 9 zittingen.

2.9 Geestelijke Gezondheidszorg

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met een psychische of psychiatrische aandoening. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. Curatieve GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. Dit worden ‘settingen’ genoemd. De Curatieve GGZ moet binnen één van de onderstaande settingen worden geleverd:

Setting 1: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg is geleverd door een vrijgevestigde zorgaanbieder conform kwaliteitsstatuut sectie II.

Setting 2: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg monodisciplinair is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.

Setting 3: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg multidisciplinair (door meer dan twee verschillende soorten behandelaren) is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.

Setting 4: zorgverlening die wordt gekwalificeerd als 'Outreachend'. Dit houdt in dat de zorgverlening plaatsvindt buiten de instelling en door een multidisciplinair team wordt geleverd.

Setting 5: Klinische setting (behandeling met verblijf).

Setting 6: Klinische setting (behandeling met verblijf) waarin in een instelling forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.

Setting 7: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarin forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.

Setting 8: setting waarin hoogspecialistische multidisciplinaire zorg wordt geleverd. Dit kan zowel ambulant (zonder verblijf) als klinisch (met verblijf) plaatsvinden. Deze zorg kan uitsluitend worden gedeclareerd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor iedere setting geldt dat er alleen aanspraak op vergoeding bestaat als er een medische noodzaak is voor behandeling in de desbetreffende setting. Op basis van de zorgvraag wordt de setting bepaald. Het genoemde kwaliteitsstatuut betreft door de beroepsgroep vastgestelde normen. Voor de curatieve GGZ mogen alleen de beroepen die voldoen aan de eisen voor indicerend en coördinerend regiebehandelaar regiebehandelaar zijn. De eisen zijn vastgelegd in het landelijk kwaliteitsstatuut.

UITSLUITINGEN CURATIEVE GGZ

Het volgende komt in geen van de settingen voor vergoeding in aanmerking:

- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblematiek;
- hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- psychosociale hulp;
- psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie met een psychische grondslag en er sprake is van de Wlz-leveringsvorm verblijf met behandeling;
- psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie zonder een psychische grondslag en de behandeling deel uitmaakt van de Wlz-zorg waarbij de verzekerde verblijft in de Wlz-instelling en deze zorg niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling van de andere stoornissen.

A. CURATIEVE GGZ ZONDER VERBLIJF

De Verzekerde maakt aanspraak op Curatieve GGZ zonder verblijf (setting 1, 2, 3 en 8) zoals hieronder omschreven, wanneer sprake is van een DSM stoornis.

Het betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op Curatieve GGZ zonder verblijf na verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts, straatdokter of regiebehandelaar in de Curatieve GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

B. OUTREACHENDE CURATIEVE GGZ

De Verzekerde maakt aanspraak op Outreachende curatieve GGZ (setting 4) zoals hieronder omschreven, wanneer sprake is van een DSM stoornis.

Outreachende curatieve GGZ omvat Curatieve GGZ die overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. Voorbeelden van locaties zijn thuis bij de verzekerde, op kantoor, of elders zoals in het park. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

Curatieve GGZ in de setting outreachende (setting 4) betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt en waarbij de zorgverlening overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De setting outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. Het betreft vaak onplanbare zorg. De zorg is patiënt-volgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantoortijden. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijdend is en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op outreachende curatieve GGZ na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, regiebehandelaar in de Curatieve GGZ of medisch specialist conform het Besluit verwijzingen GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de crisissituatie voorbij is.

C. CURATIEVE GGZ MET VERBLIJF

De Verzekerde maakt aanspraak op Curatieve GGZ met verblijf (setting 5 en 8) zoals hieronder omschreven, wanneer sprake is van een DSM stoornis.

Curatieve GGZ met verblijf omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). De opname moet noodzakelijk zijn in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Wij vergoeden bij Curatieve GGZ met verblijf tevens de tijdens het verblijf noodzakelijk ingezette: verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wij vergoeden bij verblijf voor maximaal 1.095 dagen (drie jaar):
a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
b. de verpleging, verzorging en paramedische zorg die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels;
a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:
a. niet-psychiatrische ziekenhuisopname;
b. verblijf in een revalidatiecentrum met revalidatie als doel.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op outreachende Curatieve GGZ na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, regiebehandelaar in de Curatieve GGZ of medisch specialist conform het Besluit verwijzingen GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de crisissituatie voorbij is.

D. FORENSISCHE EN BEVEILIGDE ZORG

De Verzekerde maakt aanspraak op Curatieve GGZ met verblijf (setting 6 en 7) zoals hieronder omschreven, wanneer sprake is van een DSM stoornis.

Forensische en beveiligde zorg binnen de beveiligde omgeving

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Klinische behandeling van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een beveiligde setting (zowel materieel als de inzet van personeel). De zorg wordt geleverd in een besloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

Forensische en beveiligde zorg buiten de beveiligde omgeving

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Forensische en beveiligde zorg omvat de behandeling en begeleidingsactiviteiten van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. Er worden (delict) gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op forensische en beveiligde zorg na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, regiebehandelaar in de Curatieve GGZ of medisch specialist conform het Besluit verwijzingen GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de crisissituatie voorbij is.

VRIJGEVESTIGDE ZORGAANBIEDERS

Vrijgevestigde zorgaanbieders zijn niet gecontracteerd, omdat de opgebouwde specifieke expertise op het gebied van zorg aan Verzekerden alleen aanwezig is bij bepaalde instellingen, die ook zorgcontinuïteit garanderen.

2.10 Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) omvat zorg geleverd door een specialist en ouderengeneeskunde (SO), artsverstandelijkgehandicaptenzorg (AVG), gedragswetenschapper of paramedici aan kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie.

AANSPRAAK

De huisarts verwijst naar de SO, AVG of gedragswetenschapper en kan de SO, AVG of gedragswetenschapper consulteren, vragen om aanvullende diagnostiek te verrichten of vragen om de uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek over te nemen. Bovendien maakt zorg geleverd aan cliënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking en zorg geleverd in een groep aan kwetsbare patiënten, lichamelijk gehandicapten en mensen met een niet- aangeboren hersenletsel en patiënten met de ziekte van Huntington onderdeel uit van de aanspraak op GZSP.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt alleen aanspraak op GZSP na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts.

2.11 Geneesmiddelen (farmaceutische zorg)

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent.

GEREGISTREERDE GENEESMIDDELEN

De Verzekerde maakt aanspraak op alle geneesmiddelen die staan opgenomen in Bijlage 1 (Rzv). Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen via het contactformulier.

NIET-GEREGISTREERDE GENEESMIDDELEN

Onder de aanspraak vallen ook geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. En geneesmiddelen die een arts voor gebruik door de Verzekerde bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als de Verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de Verzekerde geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest doelmatig is met het oog op de totale zorgkosten.

ADVIES EN BEGELEIDING

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die de Verzekerde het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

UITZONDERINGEN

Onder de aanspraak valt ook:

- AP-Q (Primaquine) op verwijzing van een medisch specialist. Het recept hiervoor inclusief een begeleidende brief wordt gestuurd naar zowel de apotheek als naar RMO via het contactformulier.
- Ivermectine (Stromectol);
- Maagzuurremmers vanaf het eerste recept, ook bij niet-chronisch gebruik; en
- Anticonceptiemiddelen worden vergoed, met uitzondering van condooms en sterilisatie. Ook het plaatsen van een Mirena spiraal door de huisarts, verloskundige of gynaecoloog wordt vergoed. Dit geldt voor alle leeftijden dus ook na het bereiken van de leeftijd van 21 jaar.

Onder de aanspraak valt niet:

- geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- geneesmiddelen en inentingen die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- geneesmiddelen in verband met IVF of daarmee te vergelijken behandelingen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet; en
- andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

GEEN EIGEN BIJDRAGE

Voor Verzekerden geldt geen eigen bijdrage of eigen risico.

Recept en overige voorwaarden

Een recept van een huisarts, jeugdarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist, physician assistant of GGD-arts is noodzakelijk om geneesmiddelen te ontvangen.

Op dieetpreparaten en bepaalde geneesmiddelen heeft de Verzekerde alleen aanspraak als hij voldoet aan de voorwaarde(n) opgenomen in Bijlage 2 bij de Regeling Zorgverzekering. De landelijke vereenvoudigde procedure behelst een beoordeling op basis van een artsenverklaring en apotheekinstructies. De voorschrijver vult voor een aantal geneesmiddelen en voor dieetpreparaten een formulier in en geeft deze met het recept mee aan de Verzekerde. De apotheek beschikt over apotheekinstructies om de controle uit te voeren en mag wanneer alles in orde is het geneesmiddel direct afleveren.

MAXIMALE PERIODE

Per recept kan de Verzekerde aanspraak maken op de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Deze periode is:

- Vijftien dagen, dan wel de kleinste afleververpakking, indien het nieuwe medicatie betreft of indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
- Bij geneesmiddelen die meer dan € 500 per maand kosten wordt na de eerste uitgifte een hoeveelheid geneesmiddelen voor maximaal 1 maand afgeleverd gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden);
- Bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen, zoals bij bovenstaande punt benoemd, door goed ingestelde patiënten wordt voor maximaal 3 maanden afgeleverd;
- Maximaal één maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen;
- Drie maanden voor geneesmiddelen ter behandeling van chronische ziekten;
- Eén jaar voor orale anticonceptiva. Bij een eerste voorschrift van orale anticonceptiva geldt een maximale termijn van 3 maanden;
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) is maatwerk nodig per patiënt door overleg tussen professionals, zoals huisarts, thuiszorgverpleegkundigen en apothekers(assistenten). Tenzij er specifieke afspraken zijn gemaakt in het overleg tussen de zorgprofessionals, wordt een aflevering van maximaal 15 dagen gehanteerd;
- (één) maand in overige gevallen. Als iemand voor de eerste keer vloeibare geneesmiddelen voorgeschreven krijgt, dan worden deze in de kleinste handelsverpakking geleverd.

2.12 Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch- specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze mensen hebben behoefte aan een revalidatiebehandeling die meerdere soorten zorg combineert, zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist, maatschappelijk werkende en de specialist ouderengeneeskunde. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De zorg is aangepast aan de individuele herstelmogelijkheden en het trainingstempo van ouderen en houdt rekening met andere al bestaande aandoeningen. Het doel is deze ouderen te helpen terug te keren naar de eigen woonomgeving.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leervermogen en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg en moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. De Verzekerde maakt aanspraak op geriatrische revalidatie:

- de geriatrische revalidatie binnen een week aansluit op een ziekenhuisopname.
- als de geriatrische revalidatie nodig is door een acute aandoening waarvoor de Verzekerde eerder medisch specialistische hulp heeft gehad en er sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid;
- In het ziekenhuis is vastgesteld dat de Verzekerde geriatrische revalidatie nodig heeft;
- De behandeling klinisch (verblijf in de instelling) wordt gestart en heeft eventueel een vervolg in de vorm van deeltijd- of dagbehandeling;
- Daarbij geldt dat de Verzekerde geen aanspraak kan maken op geriatrische revalidatie als de Verzekerde vóór die opname was opgenomen in een verpleeghuis. Met een opname in een verpleeghuis wordt bedoeld verblijf in een instelling als omschreven onder het kopje Verblijf (wonen);

Geriatrische revalidatie mag niet langer duren dan 6 maanden.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op geriatrische revalidatie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de medisch specialist waarbij de indicatie voor geriatrische revalidatie is gesteld onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.

2.13 Huisartsenzorg

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij vragen over gezondheid en ziekte. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend is er hulp beschikbaar op een huisartsenpost.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op:

- Huisartsenzorg;
- Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek;
- Medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsengeneeskundige domein;
- Zorg voor psychische klachten. De huisarts, of een POH-GGZ die onder verantwoordelijkheid van de huisarts werkt, verzorgt de eerste opvang bij psychische klachten en beoordeelt of hij de Verzekerde zelf kan behandelen of dat hij doorverwezen wordt naar de curatieve GGZ;
- Eerstelijns Stoppen-met-roken-programma, eenmaal per kalenderjaar. Het betreft zowel de gedragsmatige ondersteuning als de medicatie bij stoppen met roken;
- Zie hoofdstuk 2.23 voor meer informatie.

SPOED

In geval van een acuut, spoedeisend probleem dat niet kan wachten tot de volgende werkdag kan de Verzekerde contact opnemen met een huisartsenpost.

DECLARATIE

Huisartsen declareren via VeCoZo conform passantentarief.

2.14 Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de Verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de Verzekerde behoort, te verlenen door een instelling.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op huishoudelijke hulp, mits de verzekerde een Wlz-zorgvraag heeft. Indien dit niet het geval is, valt de begeleiding niet onder de RMO, maar onder de Wmo van de betreffende gemeente.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op huishoudelijke hulp na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts. Hierbij is van belang dat er geen twijfel bestaat dat de verzekerde een Wlz-zorgvraag heeft en dit betrokken wordt in de verwijzing.

DECLARATIE

Declaraties voor begeleiding dient de zorgaanbieder in via een declaratieformulier, zie www.rmoekraine.nl.

2.15 Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een rollator, een hoortoestel, bril, rolstoel, of een beenprothese, maar ook incontinentiemateriaal, TENS en diabetestestmaterialen.

AANSPRAAK EN AANVRAAG

De verzekerde maakt aanspraak op hulpmiddelen en verbandmiddelen. In Bijlage 3 (overzicht hulpmiddelen) is een overzicht van deze middelen opgenomen. In Bijlage 3 is ook opgenomen of er sprake is van eigendom of bruikleen, en of er bijzonderheden gelden voor het aanvragen van een hulpmiddel. In de Regeling zorgverzekering zijn de indicatiecriteria opgenomen waaraan moet zijn voldaan om aanspraak te kunnen maken op een hulp- of verbandmiddel.

De Verzekerde kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Rzv is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.

Als de Verzekerde aanspraak maakt op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat de Verzekerde recht heeft op verstrekking (vergoeding) en in sommige gevallen vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.

De Verzekerde heeft éénmalig aanspraak op verstrekking van een specifiek hulpmiddel. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op een reserveverstrekking of herhalingsverstrekking na het verlopen van de gemiddelde gebruikstermijn.

TOESTEMMING

Voor de verstrekking van een elektrische rolstoel is voorafgaand toestemming nodig van het RMO. De leverancier neemt daartoe contact op met RMO .

GEBRUIK HULPMIDDEL

Als het hulpmiddel met opzet beschadigd is, als schade is ontstaan door schuld of niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, kan de Verzekerde geen aanspraak maken op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel door RMO . Als de Verzekerde het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door de Verzekerde met opzet beschadigd, dan kan RMO de kosten hiervan op de Verzekerde verhalen.

EIGEN BIJDRAGE

Voor hulpmiddelen geldt geen eigen bijdrage en geen eigen risico voor Verzekerden.

2.16 Kraamzorg

Kraamzorg is hulp door een kraamverzorgende, werkzaam bij een kraam- of thuiszorgorganisatie. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling. Daarna helpt de kraamverzorgende doorgaans gedurende een week bij de verzorging van de moeder en de baby. Zij verstrekt informatie en controleert moeder en kind in de eerste dagen na de bevalling.

AANSPRAAK

De aanspraak geldt voor kraamzorg (24 uur tot maximaal 80 uur) van een kraam – of thuiszorgorganisatie verdeeld over ten hoogste 6 weken vanaf de dag van de bevalling. Hiermee wordt zowel de kraamzorg bij de Verzekerde thuis als kraamzorg tijdens verblijf in het ziekenhuis bedoeld. Als om medische redenen verlenging noodzakelijk is, kan dat met een maximum van 16 uur.

KRAAMZORG NA OPNAME VAN DE BABY

Als de baby na de bevalling opgenomen is geweest in een ziekenhuis, kan de Verzekerde aanspraak maken op kraamzorg tot een maximum van zestien uur. De aanspraak op kraamzorg na opname geldt als:

- de volledige kraamzorgperiode van maximaal 10 dagen door opname van het kind verstreken is; en
- de baby nog jonger is dan vier maanden.

PROTOCOL

Het aantal uren kraamzorg wordt vastgesteld aan de hand van Bijlage 4: het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

2.17 Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van adem, stem, spraak, taal en horen. Deze hulp kan bestaan uit het behandelen van de stoornis, maar ook uit het afnemen van een onderzoek, het geven van adviezen en voorlichting en het begeleiden van de familie (verzorger) van de Verzekerde.

AANSPRAAK

De Verzekerde kan aanspraak maken op logopedie als:

- die een geneeskundig doel heeft; en
- van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Onder de aanspraak valt niet logopedie in verband met:
- een onderwijskundig doel;
- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers, spreken in het openbaar.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op Logopedie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de jeugdarts, huisarts of medisch specialist.

2.18 Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

AANSPRAAK

Onder deze aanspraak valt:
- onderzoek en diagnostiek;
- behandeling;
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen;
- behandeling;
- sterilisatie vrouw tijdens keizersnede;
- mechanische beademing, en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in dit document apart beschreven:
- Audiologische hulp;
- Erfelijkheidsonderzoek;
- Geriatrische revalidatie;
- Niet-klinische dialyse;
- Plastische chirurgie;
- Revalidatie;
- Transplantatie; en
- Trombosedienst.

BIJZONDERHEDEN:

OPEN RUGGETJE

Ingeval een ongeboren kind een open ruggetje (spina bifida) blijkt te hebben, dan kan een prenatale operatie plaats hebben in Leuven (B), onder de voorwaarde van een verwijzing door en onder zorgvuldige begeleiding van een Nederlands Universitair Medisch Centrum.

SPATADEREN

Voor behandeling van spataderen kan de behandelende arts op basis van de klachten en aanvullend onderzoek bepalen of de behandeling in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de regeling indien:

- er sprake is van duidelijke klachten en/of verschijnselen passend bij spataderen. Het gaat dan bijvoorbeeld om huidverkleuring, slecht genezende wonden aan het onderbeen, vochtophoping in het been, kramp;
- er bij aanvullend onderzoek (duplexonderzoek), naast de klachten, afwijkingen gevonden worden die aan duidelijk omschreven criteria voldoen.

GENDERDYSFORIE

De Verzekerde heeft aanspraak op zorg bij Genderdysforie onder bepaalde voorwaarden. Genderdysforie is het diepe gevoel van onbehagen dat iemand ervaart als geboortegeslacht en genderidentiteit niet overeen- komen. Vaak gaat het samen met de wens om van een ander geslacht te willen zijn. De zorg omvat:

- Psychologische begeleiding en GGZ zorg;
- Hormoonbehandelingen, indien reeds is gestart met hormoonbehandelingen in het land van herkomst.
- Deze zorg moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde transgenderzorg

Uitgesloten zijn het in Nederland starten van geslachtsveranderende behandeling door middel van hormoontherapie en geslachtsveranderende operatieve ingrepen, aangezichtschirurgie en epilatie

UITGEZONDERD

Onder de aanspraak valt niet:

- fertiliteitsonderzoeken en behandelingen zoals IVF en ICSI;
- cochleaire implantaten;
- sterilisatie;
- het ongedaan maken van sterilisatie;
- besnijdenis zonder medische noodzaak;
- autologe stamceltransplantatie bij Verzekerden met de ziekte van Crohn;
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm;
- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een;
- aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik;
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn;
- het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie-aplasie van de borst bij; vrouwen en daarmee vergelijkbare situatie bij man/vrouw transgenders;
- borstverkleining;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- starten van geslachtsveranderende behandeling door middel van hormoontherapie; en
- operatieve ingrepen in het kader van transseksualiteit.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op medisch specialistische zorg na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts, medisch specialist (incl. sportarts), arts-assistent (AGBcode 83.34 en 84.25), verloskundige (naar KNO i.v.m. klieven tongriepje), arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), jeugdarts, bedrijfsarts, verloskundige, tandarts, SEH arts, kaakchirurg, physician assistent, GGD arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB en TBC) en/of doorverwijzen in geval van bv TBC of SOA, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, optometrist/orthoptist, triage-audicien of RIVM-arts.

2.19 Niet-klinische dialyse

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaal dialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruik gemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaal dialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd.

AANSPRAAK

De Verzekerde kan aanspraak maken op niet-klinische haemodialyse en peritoneaal dialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op niet-klinische dialyse na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts of medisch specialist.

2.20 Palliatief Terminale Zorg

AANSPRAAK

Onder palliatieve zorg in een instelling of thuis valt alle zorg die erop gericht is iemand met een levensbedreigende ziekte (en zijn naasten) een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op palliatief terminale zorg na voorafgaande schriftelijke verwijzing van de huisarts.

2.21 Plastische chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen.

AANSPRAAK

Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de RMO. Onder de aanspraak vallen behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

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

UITGEZONDERD

Onder de aanspraak vallen niet behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik;
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn;
- het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie-aplasie van de borst bij vrouwen en daarmee vergelijkbare situatie bij man/vrouw transgenders;
- borstverkleining;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- operatieve ingrepen in het kader van transseksualiteit;
- het ongedaan maken van een sterilisatie; of
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op plastische chirurgie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts, medisch specialist (incl. sportarts), arts-assistent (AGBcode 83.34 en 84.25), verloskundige (naar KNO i.v.m. klieven tongriepje), arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), jeugdarts, bedrijfsarts, verloskundige, tandarts, SEH arts, kaakchirurg, physician assistent, GGD arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB en TBC) en/of doorverwijzen in geval van bv TBC of SOA, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, optometrist/orthoptist, triage-audicien of RIVM-arts.

TOESTEMMING

Voor plastische chirurgie heeft de Verzekerde met uitzondering van spoedeisende hulp vooraf toestemming van RMO nodig. Stuur bij de aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder aan RMO via het contactformulier.

2.22 Revalidatie

Revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Revalidatie betekent ‘herstel’. Revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Als volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, proberen de artsen/zorgverleners van verschillende disciplines de Verzekerde te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de artsen samen met de Verzekerde om zijn beperking zo goed mogelijk in zijn leven, zijn omgeving en de maatschappij in te passen.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op revalidatie als deze zorg voor hem het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met revalidatie is de Verzekerde in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met de handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen; of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

De aanspraak geldt voor revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. Revalidatie met opname geldt alleen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op revalidatie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts, medisch specialist (incl. sportarts), arts-assistent (AGBcode 83.34 en 84.25), verloskundige (naar KNO i.v.m. klieven tongriepje), arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), jeugdarts, bedrijfsarts, verloskundige, tandarts, SEH arts, kaakchirurg, physician assistent, GGD arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB en TBC) en/of doorverwijzen in geval van bv TBC of SOA, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, optometrist/orthoptist, triage-audicien of RIVM-arts.

2.23 Second opinion

Bij een second opinion (tweede mening) legt de Verzekerde de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling van een eerste arts voor aan een tweede arts. Deze tweede arts is onafhankelijk en werkzaam op hetzelfde specialisme of vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

AANSPRAAK

Onder de aanspraak valt maximaal één second opinion per aandoening. Voor een second opinion bij een andere arts of ziekenhuis is een aparte verwijzing nodig van huisarts of medisch specialist.

VOORWAARDEN

De Verzekerde heeft recht op een second opinion als:

- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar; en
- de Verzekerde met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.

TOESTEMMING

De Verzekerde heeft vooraf toestemming van RMO nodig. De Verzekerde kan een aanvraag indienen via het contactformulier met hierin de naam en de functie van de eerste arts, en wat de reden is voor een second opinion.

2.24 Stoppen met Roken

De Verzekerde kan ondersteuning krijgen wanneer deze wil stoppen met roken.

AANSPRAAK

Onder de aanspraak valt 3 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma. Voorgeschreven geneesmiddelen, volgens het geneesmiddelenvergoedingssysteem, worden tot maximaal drie maanden vergoed.

VOORWAARDEN

De zorg wordt geleverd door een huisarts, medisch specialist, verloskundige, gezondheidszorgpsycholoog of specifieke organisaties die een programma voor het stoppen met roken aanbieden.

De zorg vindt plaats op basis van consulten of groepstherapie en voldoet aan de Zorgstandaard Tabaksverslaving en de Trimbos Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning (herziening 2016).

Alleen in combinatie met het programma worden nicotine vervangende middelen of geneesmiddelen vergoed. De middelen moeten verstrekt zijn door een apotheek en de vergoeding hiervoor bedraagt maximaal drie maanden aaneengesloten.

UITZONDERING

Een stoppen-met-rokentraject waarin u minder dan vier contactmomenten heeft met de zorgaanbieder, valt niet onder de vergoeding.

VERGOEDING

Het stoppen-met-rokenprogramma wordt volledig vergoed bij gecontracteerde aanbieders. Voor niet-gecontracteerde aanbieders geldt:

- Maximaal éénmaal per kalenderjaar € 70,-;
- voor het stoppen-met-rokenprogramma uitgevoerd door de huisarts;
- Maximaal éénmaal per kalenderjaar € 250,- voor het stoppen-met-rokenprogramma uitgevoerd door een gespecialiseerde stoppen-met-roken aanbieder.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak voor het stoppen-met-roken programma na voorafgaande schriftelijke verwijzing van huisarts, medisch specialist of verloskundige

2.25 Tandheelkundige zorg

Er wordt onderscheid gemaakt in de normale tandheelkundige zorg, die door een tandarts wordt geboden en bijzondere tandheelkundige zorg. Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is door een bijzondere aandoening. Hieronder valt een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

A. TANDHEELKUNDE

AANSPRAAK VERZEKERDE TOT EN MET 17 JAAR

Onder de aanspraak valt:

- preventieve voorlichting (max. 2 keer per jaar)
- één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij de Verzekerde meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- twee fluorideapplicaties per jaar als de Verzekerde 6 jaar of ouder is, tenzij de Verzekerde meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen;
- sealing van blijvende gebitselementen;
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- anesthesie (verdoving);
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen);
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese);
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten, als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd;
- of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten; en
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Bij bezoek aan de tandarts buiten de normale openingstijden, maakt de Verzekerde alleen aanspraak op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

AANSPRAAK VERZEKERDE VANAF 18 JAAR

Onder de aanspraak valt:

- noodhulp zoals omschreven in de Verrichtingenlijst noodhulp tandheelkunde (Bijlage 5);
- Uitgangspunt van de noodhulp is het met zo eenvoudig mogelijke middelen zoveel mogelijk behouden van de actuele functie van het gebit, inclusief het behoud van de aanwezige functionele elementen;
- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende;
- röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie en het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties; en
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak;
- Onder noodhulp valt geen fronttandvervanging (vervanging van blijvende snij- en hoektanden met implantanten) als deze niet zijn aangelegd of door een ongeval geheel ontbreken;
- Bij bezoek aan de tandarts buiten de normale openingstijden, maakt de Verzekerde alleen aanspraak op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

BIJZONDERE AANSPRAAK

Twee maanden na instroom kan de Verzekerde aanspraak maken op een volledige gebitsprothese.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op behandeling door een kaakchirurg na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een tandarts of huisarts.

TOESTEMMING

Voorafgaande toestemming van RMO is nodig:

- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt;
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die de Verzekerde nu draagt binnen 6 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese;
- als de Verzekerde moet worden behandeld op de plaats waar de Verzekerde verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling;
- als de kosten van de noodhulp het bedrag van € 350,- in een kalender jaar overschrijden.

De aanvraag moet voorzien zijn van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder. Deze schriftelijke motivatie bevat in ieder geval de volgende onderdelen:

- NAW-gegevens en BSN nummer;
- De gediagnosticeerde afwijking;
- Het behandelplan;
- De verwachte kosten;
- Beschikbare foto's (hiervoor geen aparte foto maken);
- De aanvraag kan worden ingediend via Vecozo.

B. BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

De Verzekerde maakt aanspraak op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als er:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand- kaakmondstelsel heeft. Slechts bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak kan de Verzekerde aanspraak maken op het aanbrengen van implantaten en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (deze moeten dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen);
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening is;
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

De Verzekerde maakt alleen aanspraak op:

- bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die de Verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan; en
- orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkeling- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

VERWIJZING

- De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een tandarts of kaakchirurg;
- De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een tandarts of kaakchirurg;
- De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis. De Verzekerde kan alleen aanspraak maken op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als hij vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van zijn huisarts, tandarts of kaakchirurg.

TOESTEMMING

Voor bijzondere tandheelkunde heeft de Verzekerde vooraf toestemming van RMO nodig. De aanvraag moet voorzien zijn van een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder. Deze schriftelijke motivatie bevat in ieder geval de volgende onderdelen:

- NAW-gegevens en BSN nummer;
- De gediagnosticeerde afwijking;
- Het behandelplan inclusief de verwachte duur van de nazorg;
- De verwachte kosten;
- Beschikbare foto's (hiervoor geen aparte foto maken).

De aanvraag kan worden ingediend via Vecozo. De machtiging wordt uitsluitend afgegeven als betrokkene de totale behandeling inclusief de nazorg in Nederland kan afronden.

2.26 Transplantatie

Transplantatie is een vorm van medisch specialistische zorg. Transplantatie is het vervangen van een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een Verzekerde door dat van een donor. Organen/ weefsels die getransplanteerd kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg. Ook gedeelten van organen kunnen worden getransplanteerd.

AANSPRAAK

De-Verzekerde maakt aanspraak op:

- Bottransplantatie;
- Beenmergtransplantatie;
- Hoornvliestransplantatie;
- Huidweefseltransplantatie;
- Niertransplantatie;
- Harttransplantatie;
- levertransplantatie;
- longtransplantatie;
- hartlongtransplantatie;
- nier-pancreastransplantatie.

Onder de aanspraak valt ook vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie, zorg voor de donor die verband houdt met de opname in een instelling voor selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit die instelling. Deze zorg voor de donor omvat de zorg waar de Verzekerde op grond van deze Regeling ook aanspraak kan maken;
- vervoer van de donor binnen Nederland in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de zorg zoals omschreven in het vorige punt van deze opsomming. Vergoed worden de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland, of als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland; en
- vervoer naar en van Nederland van een buiten Nederland wonende nier-, lever- of beenmergdonor. Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gederfde inkomsten.

De hierboven genoemde kosten voor het vervoer van de donor zijn voor de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering heeft afgesloten worden de kosten vergoed uit de RMO.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op transplantatie na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

2.27 Trombosedienst

Trombose is een stolsel in een ader of slagader. Dit kan voorkomen in bijvoorbeeld de beenvaten, kransslagaders, longvaten en de vaten van de hersenen. De trombosedienst is verantwoordelijk voor het instellen, controleren en begeleiden van poliklinische Verzekerde die bepaalde orale antistollingsmiddelen gebruiken.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van het bloed;
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee de stollingstijd van het bloed gemeten kan worden;
- een opleiding om de Verzekerde wegwijs te maken met de hierboven genoemde apparatuur en begeleiding bij de metingen; en
- adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op zorg door een trombosedienst na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

2.28 Tuberculose zorg (tbc)

Tuberculose (tbc) is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door de bacterie Mycobacterium tuberculosis. Niet of niet goed behandelen van deze ziekte kan dodelijk zijn. Ontheemden uit Oekraïne afkomstig uit risicolanden (volgens https://www.rivm.nl/cpt/tuberculose-landenlijst-pdf) worden in het kader van collectieve preventie door de GGD bij aankomst in Nederland gescreend. Naast deze eerste tbc-screening worden er nog vervolgscreeningen aangeboden.

AANSPRAAK

Verzekerden tot 12 jaar die uit een risicoland komen maken aanspraak op een BCG-vaccinatie en de hieraan verbonden hiv-test, mantouxtest en consulten. Ook kan de Verzekerde aanspraak maken op tussentijdse, extra screeningen wanneer deze plaatsvinden tussen de reguliere vervolgscreeningen.

Individuele tbc-zorg, nader onderzoek en behandeling van tbc, vallen onder de aanspraak.

2.29 Verblijf

A. EERSTELIJNSVERBLIJF

In bepaalde situaties kan het voorkomen dat de Verzekerde te maken krijgt met zorgvragen waarbij de huisarts het medisch niet meer verantwoord vindt om thuis te verblijven, maar waarvoor de Verzekerde niet hoeft te worden opgenomen in een ziekenhuis. De huisarts kan dan na overleg met u bepalen dat de Verzekerde wordt opgenomen in een zogenoemd eerstelijnsverblijf.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Ook kan de Verzekerde aanspraak maken op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg in een zorginstelling die eerstelijnsverblijf biedt, zoals vermeld in zorgzoeker. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 3 maanden.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op verblijf-wonen na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde. Als het verblijf langer dan 3 maanden duurt, is een nieuwe verwijzing noodzakelijk.

B. VERBLIJF (WONEN)

AANSPRAAK

Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een persoon met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die persoon aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

Op verblijf bestaat alleen aanspraak als de Verzekerde daarop meer dan drie etmalen per week is aangewezen. Als de Verzekerde verwezen is naar eerstelijnsverblijf en de Verzekerde een somatische of geriatrische aandoening of beperking heeft, dan mag de echtgenoot van de Verzekerde ook in de instelling verblijven.

Als de Verzekerde aanspraak maakt op behandeling én verblijf en beide worden door dezelfde zorgaanbieder gegeven dan omvat die zorg ook:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
- behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in de vorige alinea genoemde aandoeningen of handicaps;
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de zorgaanbieder; en
- het individueel gebruik van een rolstoel.

De Verzekerde heeft geen aanspraak op het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

INDICATIE IS NOODZAKELIJK

De Verzekerde maakt aanspraak op verblijf (wonen), als hij hiervoor vooraf toestemming heeft gekregen van de uitvoerder van de RMO. Voorwaarde voor toestemming is een door het aangewezen indicatieorgaan afgegeven positief indicatie-advies. De Verzekerde kan een indicatie en toestemming voor verblijf aanvragen met een aanvraagformulier. De Verzekerde kan dit formulier downloaden van de website www. rmoekraine.nl.

DECLARATIE

Declaraties voor verblijf dient de zorgaanbieder in via een daarvoor bestemd declaratieformulier, zie www.rmoekraine.nl.

C. VERBLIJF (BIJ OPNAME)

Verzekerden kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een Verzekerde meerdere dagen moet blijven, is hij “klinisch” opgenomen. Het verblijf in een ziekenhuis of instelling kan langdurig zijn.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie. Ook kan de Verzekerde aanspraak maken op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode

van 1.095 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

Verblijf in verband met GGZ-zorg is niet hier beschreven, zie daarvoor het kopje Geestelijke Gezondheidszorg voor de eerste 1.095 dagen. Verblijf in verband met revalidatie en geriatrische revalidatie is elders in deze RMO beschreven.

D. KORTDUREND VERBLIJF

AANSPRAAK

Kortdurend verblijf omvat logeren in een instelling gedurende maximaal vier etmalen per week (208 dagen per jaar), gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding voor een persoon met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap als deze aangewezen is op permanent toezicht, en het kortdurend verblijf noodzakelijk is als ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan hem geeft.

Verblijf in verband met GGZ-zorg is niet hier beschreven, zie daarvoor het kopje Geestelijke Gezondheidszorg voor de eerste 1.095 dagen. Verblijf in verband met revalidatie en geriatrische revalidatie is elders in deze RMO beschreven.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op kortdurend verblijf na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

DECLARATIE

Declaraties voor kortdurend verblijf dient de zorgaanbieder in via een declaratieformulier, zie www.rmoekraine.nl.

E. LOGEERHUIS

AANSPRAAK

Een logeerhuis is een tijdelijk verblijfsadres voor ouders, broers en zussen van ernstig zieke kinderen (tot 18 jaar). Logeerhuizen bevinden zich vlakbij (en soms in) de ziekenhuizen en zijn bedoeld voor families die dichtbij hun kind in het ziekenhuis willen zijn. Het verblijfadres moet een Ronald McDonald Huis of een aan het ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis zijn.

DECLARATIE

Declaraties voor het verblijf in een logeerhuis dient de zorgaanbieder in via het contactformulier. De factuur moet de gegevens van het kind, begin- en einddatum en aantal dagen bevatten.

2.30 Verloskundige zorg

Een deel van de verloskundige zorg aan zwangere vrouwen wordt geleverd door verloskundigen. Zij begeleiden en controleren vrouwen tijdens hun zwangerschap en de bevalling. De bevalling vindt in het ziekenhuis plaats.

AANSPRAAK

Onder de aanspraak valt verloskundige zorg en prenatale screening:

- counseling (voorlichting en advies);
- structureel echoscopisch onderzoek in het 2e trimester (de 20 weken echo);
- op grond van een medische indicatie kan een Verzekerde aanspraak maken op prenatale diagnostiek zoals de vlokkentest, de vruchtwaterpunctie en de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT); en
- desgewenst een IUD aanbrengen of verwijderen.

Daarnaast kan een Verzekerde aanspraak maken op hulp bij:
- het daadwerkelijk regelen van de kraamzorg;
- het maken van afspraken bij onder andere het echocentrum of de gynaecoloog;
- het verschaffen van verklaringen voor het verkrijgen van kraampakketten.

Het structureel echoscopisch onderzoek mag alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafspraak heeft met een Regionaal Centrum dat een WBO-vergunning heeft, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

VERWIJZING

Voor verloskundige zorg is geen verwijzing nodig.

KETENRICHTLIJN

Voor Verzekerden gelden bijzonder afspraken omtrent de geboortezorg, zie hiervoor de ketenrichtlijn geboortezorg ontheemden uit Oekraïne.

2.31 Verpleging en verzorging (ook wel: thuiszorg)

Verpleging en verzorging (ook wel: thuiszorg) richt zich op lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op de eigen woon- en leefomgeving.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt aanspraak op Verpleging en verzorging zoals hieronder omschreven.

Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen of verzorgenden die plegen te bieden, die
- verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop;
- niet gepaard gaat met verblijf; en
- geen kraamzorg betreft.

INDICATIE

Een indicatie wordt vastgesteld door een HBO-wijkverpleegkundige. De indicatie moet voldoen aan de normen die de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) daarvoor heeft opgesteld.

DECLARATIE

Declaratie voor jeugdige Verzekerden (18-):
- Indien de verzorging bij jeugdigen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, valt die zorg onder de Zorgverzekeringswet. Dit wordt geïndiceerd door de (kinder)verpleegkundige. Declaraties voor deze zorg dient de zorgaanbieder in via VeCoZo;
- Indien de verzorgende handelingen bij jeugdigen gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), blijft die zorg onder de Jeugdwet vallen. Declaraties voor deze zorg dient de zorgaanbieder in bij de gemeente.

2.32 Vervoer per ambulance

Er zijn twee soorten ambulancevervoer, spoedvervoer en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid. Ambulancevervoer wordt verleend door een door de provincie aangewezen vergunninghouder.

AANSPRAAK

De Verzekerde maakt met een medische indicatie voor ambulancevervoer aanspraak op:

- vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen waarvan de kosten ten lasten van de RMO komen;
- vervoer naar de eigen woonomgeving of, als de Verzekerde daar niet de nodige verzorging kan krijgen, naar een andere woning als de Verzekerde komt van een van de zorgaanbieders of instellingen.

Uitsluiting en beperking aanspraak:

- De Verzekerde kan geen aanspraak maken op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dag bij een instelling zoals omschreven onder de kopjes Begeleiding individueel of groep en Behandeling;
- De aanspraak op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op vervoer per ambulance na voorafgaande schriftelijke verwijzing van een huisarts, medisch specialist, verpleeghuisarts, of arts voor verstandelijk gehandicapten, behalve als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer. De Verzekerde maakt alleen aanspraak op vervoer per helikopter als deze vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Centrale Post Ambulance (CPA) of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg, behalve als er sprake is van spoedeisend vervoer per helikopter.

2.33 Voetzorg

Door verschillende oorzaken kan er een verhoogd risico op voetulcura ontstaan. Om te voorkomen dat dit ontstaat, is het belangrijk om regelmatig door een deskundige zorgverlener de voeten te laten controleren en bij aanwezigheid van wondjes te laten behandelen.

De noodzakelijke behandeling kan worden bepaald door de hoogte van het risico op voetulcera.

Het risico van de voet wordt vastgesteld door de huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde.

AANSPRAAK

Onderstaande aanspraken zijn van toepassing:

- Verhoogde risicovoeten met mogelijke wonden – alleen het jaarlijks voetonderzoek;
- Hoog risicovoeten met en zonder lokaal verhoogde druk of zeer hoog risicovoeten– Jaarlijks of meer frequent voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen (pedicure);

Geen vergoeding mogelijk voor

- de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen en het knippen van teennagels;
- siliconenorthese, orthonyxie, nagelbeugel en laterale wig.

2.34 Voorwaardelijk toegelaten zorgvormen

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan. Voor informatie hierover kan de Verzekerde zich wenden tot RMO.

2.35 Zittend ziekenvervoer

Zittend ziekenvervoer is het vervoer waarmee de Verzekerde zittend van en naar een arts, therapeut of ziekenhuis gaat op basis van een medische indicatie.

AANSPRAAK EN VERWIJZING

Deze aanspraak geldt als wordt voldaan aan hetgeen is opgenomen in Bijlage 6: Indicaties medisch geïndiceerd ziekenvervoer. Hierin staat ook omschreven of er recht is op één of meerdere begeleiders.

2.36 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

AANSPRAAK

De zorg bestaat uit:

- Diagnostisch onderzoek;
- Interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap; en
- Interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

De Verzekerde heeft recht op multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). De Verzekerde heeft die zorg nodig omdat hij een:

- visuele beperking heeft (Verzekerde is blind of slechtziend);
- een auditieve beperking heeft (Verzekerde is doof of slechthorend); of
- een communicatieve beperking heeft (Verzekerde heeft ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en is jonger dan 23 jaar.

De zorg is gericht op het leren omgaan met de beperking, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel zo zelfstandig mogelijk functioneren.

UITSLUITINGEN

Onder zintuiglijk gehandicaptenzorg valt niet:

- onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen
- prelinguaal doven; en
- de zorg aan Verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingstoornis vanaf 23 jaar.

VERWIJZING

De Verzekerde maakt uitsluitend aanspraak op zintuiglijk gehandicaptenzorg na voorafgaande schriftelijke verwijzing, waarbij het volgende geldt:

- Als het gaat om de behandeling van een visuele beperking is een verwijzing nodig van een medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking.
- Als het gaat om de behandeling van een auditieve en/of communicatieve beperking is een verwijzingnodig van een klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum of een arts die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.

2.37 Zwangerschapsafbreking

Begeleiding en behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking tot 24 complete weken (24 weken of 168 dagen) overwegen.

AANSPRAAK

- Zowel instrumentele als medicamenteuze methoden.
- Chirurgische behandelingen in het tweede trimester door middel van dilatatie en evacuatie (D & E of embryotomie).

DECLARATIE

- Een huisarts die een zwangerschapsafbreking verricht is wettelijk verplicht om scholing te hebben gevolgd (Toolkit Huisartsenzorg bij ongewenste zwangerschap – seksHAG) en om de zwangerschapsafbreking te registreren bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

- De kosten die normaal bij SNGP worden gedeclareerd voor het abortusconsult waarin abortusmedicatie wordt voorgeschreven kunnen gedeclareerd worden. Als u werkt in een gezondheidscentrum van een opvanglocatie, kunt u declareren zoals u gewend bent via Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA). Als dit niet het geval is kunt u een declaratie indienen bij declaraties@rmoekraine.nl of deze post versturen naar Postbus 84 3100 AB Schiedam. Op de declaratie, met omschrijving abortuspil, vermeldt u: gegevens praktijk en zorgverlener (naam, adres, AGB), datum, aantallen, bijbehorend tarief, en rekeningnummer. De actuele tarieven zijn vindbaar in de SNPG applicatie en in de Subsidieregeling Publieke Gezondheid.

Abortusklinieken kunnen de vigerende NZa-tarieven in rekening brengen die gelden voor niet- Wlz verzekerden. Declaraties kunnen worden ingediend via het contactformulier.

HEEFT U NOG VRAGEN?
Kijk dan op www.rmoekraïne.nl of neem contact op via telefoonnummer 085 050 14 20 (verzekerden) of 085 050 14 21 (zorgverleners). Wij staan u graag te woord.

RMO

Postbus 84 - 3100 AD Schiedam

www.rmoekraine.nl

085 050 14 20 (verzkerden)

085 050 14 21 (zorgverleners)