

In dit overzicht vindt u de wijzigingen van de Basisverzekering PNO Ziektekosten en bijbehorende reglementen. Heeft u vragen? Neem dan contact op met het PNO Service Center via 030 639 62 62. Wij helpen u graag verder.

In de polisvoorwaarden zijn enkele tekstuele aanpassingen doorgevoerd. Deze aanpassingen zijn bedoeld om de omschrijving begrijpelijker te maken. Ze betreffen geen inhoudelijke wijziging en zijn in dit overzicht dan ook niet benoemd.

Wilt u de voorwaarden voor 2012 raadplegen, kijk dan op www.pnoziektekosten.nl of vraag ze op via het PNO Service Center. Ook dit wijzigingsoverzicht vindt u op onze website.

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

De begripsomschrijvingen van apotheekhoudende huisarts, apotheker, DBC-zorgproduct, physician assistant en wet BOPZ zijn toegevoegd om de aanspraken te verduidelijken.

Artikel 2 Grondslag van de Basisverzekering

Op grond van de Basisverzekering bestaat recht op vergoeding van zorg als u redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen. Toegevoegd is dat dit mede bepaald wordt door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

Artikel 3 Verplichtingen van de verzekerde

Vanwege de toegenomen mogelijkheden voor digitale declaraties, is in artikel 3 lid 3 een bepaling opgenomen voor deze vorm van declareren. U bent als verzekerde verplicht om de originele nota een jaar lang te bewaren als de zorgverzekeraar uw declaratie op basis van een niet originele nota (scan, fax) in behandeling neemt.

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering

Vanaf 1 januari 2012 heeft een verzekeringnemer bij het aangaan van de Basisverzekering een bedenktijd van 14 dagen. Dit is opgenomen in een nieuw lid. Opzegging binnen deze termijn betekent dat de verzekering nooit bestaan heeft. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op de dekking.

Aan dit artikel zijn ook lid 11 tot en met lid 13 toegevoegd. Als u niet tijdig een zorgverzekering heeft gesloten, kan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) namens u een zorgverzekering sluiten. In de toegevoegde lid 11 tot en met 13, wordt hierover toelichting gegeven.

Als een verzekeringnemer kan aantonen dat de betreffende zorgverzekering loopt, kan de zelf afgesloten zorgverzekering Basis binnen twee weken vervallen.

Als het CVZ namens u een Basisverzekering heeft gesloten, geldt:

- als blijkt dat u niet verplicht was om een zorgverzekering af te sluiten, vervalt de betreffende Basisverzekering vanaf de ingangsdatum;
- dat de betreffende Basisverzekering niet tijdens de eerste twaalf maanden waarover deze loopt kan worden opgezegd.

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Restitutiebasis

De bepalingen in deel I Algemeen gedeelte zijn van toepassing op de aanspraak die de Basisverzekering biedt op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten zoals beschreven in deel II Prestatiewijze en dekking.

Artikel 2 Eigen risico

De overheid heeft voor 2012 het verplichte eigen risico vastgesteld op € 220,-.

De zorgverzekeraar houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2013 heeft ontvangen en het niet aan de verzekerde is te wijten dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2013 heeft ontvangen.

Artikel 3 Preventieve zorg

Stoppen met roken

Er bestaat in 2012 geen aanspraak op farmacotherapeutische ondersteuning bij het stoppen met roken. De gedragsmatige begeleiding wordt nog wel vergoed. In 2012 vergoedt de zorgverzekeraar de erkende vormen van begeleiding bij stoppen met roken. Hieronder vallen ondermeer de kortdurende stopadviezen en gesprekken door de huisarts, en intensievere vormen als gedragstherapie, gegeven door een zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken van het Partnership Stop met Roken.

Preventie van depressie en van problematisch alcoholgebruik

Door een wettelijke beperking zullen in 2012 de kosten van maximaal vijf zittingen vergoed worden. In 2011 waren dit acht zittingen.

Preventie van overgewicht

Door een wettelijke beperking worden de kosten van dieetadvisering (in het kader van preventie bij overgewicht) door een diëtist niet langer vergoed.

Preventie van paniekstoornis

Dit is een nieuwe bepaling. Er bestaat per 1 januari 2012 aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg ter preventie van paniekstoornissen op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van maximaal vijf zittingen. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van het online programma *Fearfighter*.

Artikel 5 Medisch specialistische zorg

Vanaf 2012 bestaat er aanspraak op behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie. Tijdens deze behandeling worden stroomgeleidende naalden ingebracht naast de zenuwtakjes welke naar het gewricht gaan. De zenuwtakjes worden daardoor uitgeschakeld.

Artikel 7 Geboortezorg

De verplichte eigen bijdragen voor geboortezorg zijn wettelijk verhoogd. Bij een poliklinische bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie bedraagt de eigen bijdrage € 16,- per dag voor zowel moeder als kind met daarbij nog het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of geboortecentrum de € 112,50 per persoon per dag te boven gaat. Voor kraamzorg geldt in 2012 een eigen bijdrage van € 4,- per uur.

Artikel 16 Paramedische zorg

Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen in 2012 de kosten van de eerste 20 behandelingen fysiotherapie zelf. Dat zijn er nu 12. Het gaat hierbij om behandelingen die op de zogenaamde chronische lijst staan. Dit is bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, die u kunt raadplegen op www.pnoziektekosten.nl. U kunt de lijst ook opvragen bij het PNO Service Center.

Er is een overgangsregeling voor verzekerden die op 31 december 2011 al minstens twaalf behandelingen fysiotherapie voor diezelfde aandoening hebben gehad. Zij krijgen vanaf de 13e behandeling een vergoeding op de Basisverzekering.

Op basis van onderzoek is gebleken dat langdurige fysiotherapie en oefentherapie bij een aantal aandoeningen niet doelmatig is. Daarom heeft de overheid een beperking doorgevoerd in de indicaties in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. In 2012 wordt langdurige fysiotherapie niet meer vergoed bij de volgende aandoeningen:

- wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
- reumatoïde artritis of chronische reuma;
- chronische artritiden;
- spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
- reactieve artritis;
- juveniele chronische artritis;
- myocardinfarct (AMI);
- status na coronary-artery-bypassoperatie (CABG);
- status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
- status na hartklepoperatie;
- status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen.

Verder is er in lid 5 van artikel 16 verduidelijkt dat logopedie met een onderwijskundig doel is uitgesloten van vergoeding op de Basisverzekering. Hieronder vallen onder andere de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.

Tot slot is in lid 6 de aanspraak op dieetadvisering beperkt. Dieetadvisering wordt niet langer vergoed op de Basisverzekering. Uitzondering hierop is dieetadvisering als onderdeel van gecoördineerde, multidisciplinaire zorgverlening (ketenzorg) met betrekking tot diabetes, chronisch obstructieve longziekte (COPD) of cardiovasculair risico management.

Artikel 17 Mondzorg

Verzekerden van 18 jaar en ouder die in het kader van bijzondere tandheelkunde worden behandeld, moeten in een aantal gevallen een eigen bijdrage betalen. De eigen bijdrage geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dit is ondergebracht bij lid 11 van artikel 17.

Artikel 18 Farmaceutische zorg

Zoals omschreven in lid 1, bestaat in 2012 aanspraak op advies en begeleiding door BIG-geregistreerde zorgverleners. Tot op heden werd advies en begeleiding, gegeven door apothekers en apotheekhoudende huisartsen, niet apart in rekening gebracht. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

- a. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- b. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- c. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek;
- d. farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis.

Als voorschrijver voor farmaceutische zorg is de physician assistant toegevoegd.

De overheid heeft besloten om de vergoeding voor maagzuurremmers te beperken. De maagzuurremmers worden in de Basisverzekering is alleen nog vergoed bij chronisch gebruik, dat wil zeggen gebruik langer dan zes maanden. De kosten voor de eerste 15 dagen worden niet vergoed. Voor gebruik korter dan zes maanden zijn de kosten vanaf 1 januari 2012 in een aantal aanvullende verzekeringen van de zorgverzekeraar gedekt.

Artikel 21 Zittend ziekenvervoer

De vergoeding voor ziekenvervoer met de eigen auto is verhoogd naar € 0,30 per kilometer. De manier waarop de zorgverzekeraar het aantal kilometers voor de vergoeding berekent, is nader omschreven: de berekening is gebaseerd op de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Voor zittend ziekenvervoer geldt in 2012 een eigen bijdrage van € 93,- per kalenderjaar.

Artikel 22 Dyslexiezorg

De leeftijd waarop dyslexiezorg in 2012 mag aanvangen is 11 jaar.

Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

Door een wettelijke beperking vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van maximaal vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar, in 2011 waren dit acht zittingen. Voor deze zorg geldt in 2012 een eigen bijdrage van € 20,- per zitting en € 50,- voor een internetbehandeltraject.

Lid 4 is toegevoegd naar aanleiding van een wettelijke uitsluiting. Er is geen aanspraak op vergoeding van kosten voor de behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 24 Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

De zorgverzekeraar heeft de klinisch psycholoog opgenomen als behandelaar binnen de niet-klinische GGZ. Zie hiervoor lid 2.

De overheid heeft eigen bijdragen voor specialistische GGZ ingevoerd voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Voor behandeling geldt een verplichte eigen bijdrage van € 100,- voor behandelingen tot 100 minuten en € 200,- voor behandelingen langer dan 100 minuten. De eigen bijdragen gelden tot een maximum van € 200,- per kalenderjaar. Dit maximum is zonder de eigen bijdrage die kan gelden voor verblijf (verderop nader beschreven). De genoemde eigen bijdragen gelden niet voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis', niet voor de kosten van behandeling van mensen die opgenomen worden volgens de wet BOPZ en niet voor een behandeling waarbij bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC.

Voor verblijf in een GGZ-instelling langer dan 31 dagen geldt een eigen bijdrage van € 145,- per maand. Deze eigen bijdrage geldt bovenop de eigen bijdrage voor behandeling.

Ook in de specialistische GGZ is de behandeling van aanpassingsstoornissen uitgesloten van vergoeding.

Artikel 25 Buitenland

De zorgverzekeraar adviseert u om voor vertrek naar het buitenland na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg www.pnoziektekosten.nl.

Voor meer informatie over de vergoedingen van kosten van zorg in het buitenland, kunt u het document *De grens aan de zorg in het buitenland* raadplegen op www.pnoziektekosten.nl of opvragen bij het PNO Service Center.

De bepaling in lid 3 over de wisselkoers die de zorgverzekeraar hanteert bij de vergoeding van buitenlandse nota's is aangepast op een efficiëntere afwikkeling.

III. Zorgdiensten

De PNO Kraamzorg Service is vanaf 2012 op één telefoonnummer bereikbaar: 088 668 97 07.

Reglement Hulpmiddelen

In het Reglement Hulpmiddelen is een wijziging doorgevoerd als gevolg van het feit dat enkele categorieën hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet functioneel zijn omschreven. De functionele omschrijving heeft betrekking op:

- uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie (artikel 4);
- uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken (artikel 16).

Als gevolg van deze functionele omschrijving valt een aantal hulpmiddelen onder een andere categorie.

De enige wijzigingen in de aanspraak zijn:

- het vervallen van de vergoeding voor de eenvoudige handloop;
- het vervallen van de vergoeding voor de rekenmachine aangepast aan een lichamelijke handicap;
- de toevoeging van een vergoeding voor spraaksoftware voor mobiele telefoons;
- de toevoeging van een vergoeding voor voorleesapparatuur voor Tv-ondertiteling.

Hieronder vindt u de wijzigingen in de maximale vergoedingen en eigen bijdragen.

Hulpmiddel	2012	2011
Pruiken maximale vergoeding	€ 393,-	€ 386,50
Orthopedische schoenen eigen bijdrage < 16 jaar	€ 69,50	€ 68,50
Orthopedische schoenen eigen bijdrage ≥ 16 jaar	€ 139,-	€ 136,50
Allergeenvrije schoenen		
- eigen bijdrage < 16 jaar	€ 69,50	€ 68,50
- maximale vergoeding < 16 jaar	€ 259,50	€ 255,50
Allergeenvrije schoenen		
- eigen bijdrage ≥ 16 jaar	€ 139,-	€ 136,50
- maximale vergoeding ≥ 16 jaar	€ 329,-	€ 323,50
Verbandschoenen maximale vergoeding	€ 146,-	€ 143,50
Lenzen met gebruiksduur > 1 jaar eigen bijdrage per lens	€ 52,50	€ 51,50
Lenzen met gebruiksduur < 1 jaar eigen bijdrage per kalenderjaar	€ 105,-	€ 103,-
Bij correctie van één oog met lens met gebruiksduur < 1 jaar eigen bijdrage per kalenderjaar	€ 52,50	€ 51,50
Hoortoestel eerste aanschaf of vervanging < 6 jaar maximale vergoeding	€ 509,50	€ 501,50
Hoortoestel vervanging tussen 6 en 7 jaar maximale vergoeding	€ 600,50	€ 592,-
Hoortoestel vervanging na 7 jaar maximale vergoeding	€ 691,-	€ 683,-
Hoortoestel in brilmontuur extra vergoeding	€ 66,-	€ 65,-

Het Reglement Hulpmiddelen kunt u raadplegen op www.pnoziektekosten.nl of opvragen bij het PNO Service Center.

Reglement Farmaceutische zorg

Onder artikel 2 is opgenomen dat maagzuurremmers en combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten alleen vergoed worden als er sprake is van chronisch gebruik, te weten, gebruik langer dan zes maanden.

Er is een artikel toegevoegd in verband met de nieuwe prestaties voor advies en begeleiding in de farmacie per 2012.

Aan artikel 4 is ter verduidelijking toegevoegd dat u formulieren voor een artsverklaring kunt downloaden op www.znformulieren.nl of aanvragen bij het PNO Service Center.

De geneesmiddelen waarvoor een toestemmingsprocedure via de apotheek of via de zorgverzekeraar van toepassing is, staan genoemd in het Reglement Farmaceutische zorg. Deze lijst is ten opzichte van 2011 geactualiseerd.

Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u raadplegen op www.pnoziektekosten.nl of opvragen bij het PNO Service Center.