

Wijzigingsoverzicht
Basisverzekering
2017

Wijzigingsoverzicht PNOzorg Basisverzekering 2017

In dit overzicht staan de wijzigingen in de Basisverzekering per 1 januari 2017. Het gaat daarbij om de wijzigingen die uw verzekering echt veranderen. Per wijziging is aangegeven waarom de wijziging is doorgevoerd en wat dit voor u kan betekenen. Daarnaast zijn in de polisvoorwaarden enkele tekstuele wijzigingen doorgevoerd om de tekst te verbeteren of verduidelijken. Die wijzigingen zijn in onderstaand overzicht niet vermeld.

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2017	Wat betekent dit voor u	Welke artikelen zijn gewijzigd in de Overeenkomst Basisverzekering
CAK neemt taken van Zorginstituut Nederland over	De uitvoering van een aantal taken van Zorginstituut Nederland (de zgn. burgerregelingen) wordt overgeheveld naar het CAK. De laatste jaren richt het Zorginstituut zich steeds meer op de inhoud van het verzekerde pakket, de kwaliteit van zorg en innovatie. De taken die behoren bij onverzekerden of wanbetalers passen daar veel minder bij. Het CAK heeft juist veel ervaring met de uitvoering van dit soort regelingen. Daarom leek het een logische stap om deze taken van het Zorginstituut naar het CAK over te dragen	Het CAK zal u vanaf 2017 verzekeren als u wel verzekeringsplichtig bent, maar geen zorgverzekering heeft gesloten.	Deel I, artikel 9, lid 11, 12 en 13
Eigen bijdragen	De wettelijke eigen bijdragen zijn ook dit jaar aangepast.	Maakt u gebruik van hulpmiddelenzorg, geboortezorg of zittend ziekenvervoer, dan is een eigen bijdrage van toepassing op de vergoeding van de kosten. Kijkt u voor de hoogte van deze eigen bijdragen in het <i>Overzicht Eigen Bijdragen Basisverzekering 2017</i> . U kunt natuurlijk ook contact opnemen met ons Service Center.	Deel B, artikel 8, lid 3 Deel B, artikel 20 Deel B, artikel 22, lid 7
Kortdurend eerstelijnsverblijf	Kortdurend eerstelijnsverblijf wordt vergoed vanuit de Basisverzekering. Eerder werd dit vergoed vanuit de Wlz.	Als het in verband met uw aandoening niet verantwoord is dat u thuis bent, dan kunt u in bepaalde omstandigheden kortdurend worden opgenomen in een instelling zoals een verpleeghuis. De huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicaptenzorg zorgt dan voor de juiste zorg, zodat u weer zo snel mogelijk naar huis	Enkele definities in deel I, artikel 1. Deel II, artikel 2, en artikel 4

		<p>kunt. Tot 1 januari 2017 werd deze zorg vergoed vanuit de Wlz. Als u op 31 december 2016 al gebruik maakte van deze zorg, dan geldt er voor u een overgangsregeling. Nu deze zorg vanuit uw Basisverzekering wordt vergoed, betaalt u daarvoor eigen risico. Dit geldt niet voor de zorg van uw huisarts tijdens het verblijf.</p> <p>Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan adviseren wij u om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de PNO ZorgConsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden.</p>	
Voetzorg bij diabetes mellitus	De zorg door de pedicure is niet meer benoemd in dit artikel.	Hoewel in 2017 nog steeds geldt dat de podotherapeut een deel van de diabetische voetzorg kan uitbesteden aan de pedicure, bleek de zin daarover in de polisvoorwaarden veel verwarring op te roepen. De podotherapeut moet de zorg namelijk in rekening brengen bij u of bij ons en de pedicure stuurt de rekening naar de podotherapeut. Als de pedicure u een eigen rekening stuurt, wordt die niet vergoed.	Deel II, artikel 3, lid 2a
Medisch-specialistische zorg: ooglidcorrectie	De voorwaarden voor vergoeding van een ooglidcorrectie zijn verruimd. Ook bij een ernstige gezichtsveldbeperking wordt dit vergoed uit de Basisverzekering.	Als de medisch specialist vaststelt dat u een ernstige gezichtsveldbeperking heeft en dit kan worden opgelost met een ooglidcorrectie, dan worden de kosten vergoed uit de Basisverzekering. U betaalt hierover wel eigen risico. Meer uitleg hierover kunt u ook vinden in de brochure <i>Plastische chirurgie 2017</i> . Deze brochure kunt u raadplegen op pnozorg.nl/service/brochures-en-formulieren of aanvragen bij ons Service Center.	Deel II, artikel 6, lid 2c. In lid 4 van artikel 6 is de uitsluiting vervallen
Medisch-specialistische zorg: plaatsen borstprothesen	De voorwaarden voor het plaatsen van een borstprothese zijn verruimd. Ook als er in aanleg geen enkele borstontwikkeling is, dan wordt het plaatsen van een borstprothese uit de Basisverzekering vergoed.	Uit de Basisverzekering werd alleen een borstprothese vergoed na een amputatie in verband met borstkanker. Een borstprothese kan echter ook medisch geïndiceerd zijn als een vrouw helemaal geen borstontwikkeling heeft, doordat het weefsel daarvoor bij de geboorte niet aangelegd is. Dit is een uitzonderlijke situatie met vaak grote gevolgen voor de vrouw die het betreft. In 2017 kunnen deze kosten ook vanuit de Basisverzekering	Deel II, artikel 6, lid 4

		vergoed worden. Hetzelfde geldt voor man-vrouw transgenders, al is het volledig ontbreken van borstvorming in die groep vrijwel nooit het geval. Het eigen risico is wel van toepassing.	
Medisch-specialistische zorg: circumcisie	De medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) is opgenomen in het basispakket. Omdat in het verleden de kosten van een religieuze besnijdenis onterecht ten laste van de Basisverzekering werden gebracht, is destijds de behandeling in zijn geheel uitgesloten. Gevolg was dat patiënten voor wie dit medisch gezien de meest aangewezen behandeling was, ook geen vergoeding meer kregen. Met toepassing van een richtlijn voor medisch specialisten over wanneer de kosten van de circumcisie worden gedeclareerd, kunnen de kosten vanaf 2017 weer uit de Basisverzekering worden vergoed.	Als de medisch specialist vaststelt dat circumcisie voor u, of uw zoon, de beste behandeling is, dan wordt deze ingreep vergoed uit de Basisverzekering. U betaalt hierover wel eigen risico.	Deel II, artikel 6, lid 4
Verpleging en verzorging via het Zvw-pgb	Per 1 januari 2017 is het Zvw-pgb verankerd in de Zorgverzekeringswet.	Om de uitvoering van het Zvw-pgb voor iedereen zoveel mogelijk gelijk te trekken, hebben zorgverzekeraars hierover afspraken gemaakt. De regels rondom die uitvoering zijn opgenomen in het Reglement Zvw-pgb. Daarin staat nu alles rondom het Zvw-pgb bij elkaar. Heeft u nu een pgb of wilt u dat aanvragen? Dan kunnen de regels veranderd zijn.	Deel II, artikel 7, lid 2
Prenataal onderzoek	Gebleken is dat niet alle zorgverzekeraars het eigen risico op dezelfde manier toepasten op de kosten van prenataal onderzoek. Na afstemming met VWS, het Zorginstituut en andere verzekeraars heeft de zorgverzekeraar de toepassing van het eigen risico voor deze zorg aangepast.	Als u op medische indicatie een GUO, vruchtwaterpunctie of vlokkentest moet ondergaan, dan houdt de zorgverzekeraar daar geen eigen risico op in.	Deel II, artikel 8, lid 2
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	Het Zorginstituut heeft aangegeven dat in enkele gevallen het verblijf bij zintuiglijk gehandicaptenzorg ook onder de Basisverzekering valt. We hebben dit opgenomen in de aanspraak.	Vanaf 2017 vergoedt de Basisverzekering ook de kosten als u wordt opgenomen voor zintuiglijk gehandicaptenzorg in het kader van intensieve revalidatie. U moet wel vooraf toestemming hebben gekregen van de zorgverzekeraar.	Deel II, artikel 9, lid 3
Audiologische zorg	In verband met de toegankelijkheid van de audiologische zorg (hoorzorg) kunnen jeugdarts en specialist ouderengeneeskunde ook verwijzen.	Ook op verwijzing van de jeugdarts of specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) kunt u naar een audiologisch centrum.	Deel II, artikel 16

Fysiotherapie	De vergoedingsregeling fysiotherapie is aangepast. Voor de zogenoemde 'etalagebenen' (claudicatio intermittens fase 2) zijn 37 behandelingen fysiotherapie opgenomen in de Basisverzekering. Ook de eerste 20 behandelingen die voorheen niet onder de Basisverzekering vielen. De overheid heeft dit aangepast omdat gesuperviseerde oefentherapie de voorkeur verdient boven een zwaardere operatieve ingreep.	Als u 18 jaar of ouder bent en claudicatio intermittens fase 2 heeft, ook wel etalagebenen genoemd, worden de kosten van de eerste 37 behandelingen fysiotherapie gedurende maximaal 12 maanden vergoed uit de Basisverzekering. De kosten vallen onder het eigen risico. Als u claudicatio intermittens fase 3 heeft is er niets gewijzigd voor u. Uw arts bepaalt uw indicatie.	Deel II, artikel 17, lid 2
Logopedie	Bij logopedie voor stotteren of afasie, preverbale logopedie of het Hänen ouderprogramma, moet de logopedist ingeschreven staan in het relevante register van de NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie).	Als u op dit moment logopedie ontvangt, verandert er niets. Als u in 2017 voor het eerst een logopedist bezoekt, dan moet u voor stotter- of afasiebehandeling, preverbale logopedie of het Hänen ouderprogramma navraag doen of de logopedist ingeschreven is in het relevante register van de NVLF ingeschreven. Zonder die registratie worden de kosten van de behandeling niet vergoed.	Deel II, artikel 17, lid 5
Mondzorg: frontandvervanging voor verzekerden jonger dan 23 jaar	De vergoedingsregeling voor het vervangen van voortanden na een ongeval of als deze bij de geboorte in aanleg niet aanwezig zijn, is verlengd van het 18 ^e tot het 22 ^e levensjaar. De overheid heeft dit aangepast omdat met 18 jaar de kaak vaak nog niet volgroeid is.	Als uw voortanden geheel verloren zijn gegaan door een ongeval of als deze bij de geboorte niet zijn aangelegd, vergoedt de Basisverzekering de vervanging van de voortanden met behulp van implantaten. Als de noodzaak daartoe voor uw 18 ^e levensjaar is vastgesteld kunt u tot en met uw 22 ^e levensjaar gebruikmaken van deze vergoeding. De zorgverzekeraar moet wel vooraf toestemming hebben verleend. Wanneer u 18 jaar of ouder bent vallen de kosten onder het eigen risico.	Deel II, artikel 18, lid 3, 4 en 5
Mondzorg: (implantaatgedragen) prothesen	Om de kostenstijging door ongepast gebruik van de zorg rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen terug te dringen, heeft de overheid een aantal maatregelen getroffen: <ul style="list-style-type: none"> De vergoedingsregeling voor de kosten van een implantaatgedragen prothese is aangepast. De vergoeding van implantaten valt nog wel onder de mondzorg in bijzondere situaties. Maar de implantaatgedragen prothese en het vaste gedeelte van de suprastructuur vallen nu onder de reguliere verzekerde mondzorg voor 18 jaar en ouder 	Als u niet voldoet aan de criteria voor vergoeding van implantaten uit de Basisverzekering, krijgt u de kosten van de volledige implantaatgedragen gebitsprothese en het vaste gedeelte van de suprastructuur wel vergoed onder de reguliere aanspraak mondzorg voor 18 jaar en ouder in de Basisverzekering. Als u bent aangewezen op een uitneembare volledige gebitsprothese gelden vanaf 1 januari 2017 de volgende eigen bijdragen:	Deel II, artikel 18, lid 6 en 7

	<ul style="list-style-type: none"> De eigen bijdragen voor alle gebitsprothesen zijn gewijzigd om de hoogte ervan meer in lijn te trekken met de complexiteit van de prothese. Ook geldt er nu een eigen bijdrage voor reparaties en rebasing (opvullen) van gebitsprothesen. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10% van de kosten voor implantaatgedragen prothesen voor de onderkaak; - 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de bovenkaak; - 25% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige niet-implantaatgedragen vervangingsprothese of een volledige niet-implantaatgedragen overkappingsprothese. <p>Bij reparatie en rebasen van de gebitsprothese geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten.</p>	
Farmaceutische zorg: het reglement	De regels rond de vergoeding van farmaceutische zorg waren altijd uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg. Dit reglement is vanaf 1 januari 2017 vervallen. De voorwaarden uit het reglement zijn overgenomen in het artikel Farmaceutische zorg in de polisvoorwaarden. Zo heeft u alle voorwaarden overzichtelijk bij elkaar.	Voor de vergoeding van de farmaceutische zorg verandert niets. De voorwaarden uit het reglement zijn ongewijzigd opgenomen in de polisvoorwaarden. Voor de geneesmiddelen waarvoor u toestemming moet aanvragen is een actuele lijst beschikbaar op pnozorg.nl/service/brochures-en-formulieren . Deze lijst kunt u ook opvragen bij ons Service Center.	Deel II, artikel 19
Farmaceutische zorg: doorgeleverde apotheekbereidingen	Per 1 januari 2017 is de vergoeding van de doorgeleverde apotheekbereidingen op veel punten gewijzigd.	Doorgeleverde apotheekbereidingen zijn bereidingen die een apotheek maakt en vervolgens weer aan een andere apotheek levert. Dit is slechts het geval bij een klein aantal medicijnen of zalven. Uw apotheker weet of u een doorgeleverde apotheekbereiding ontvangt. Als u in 2017 gebruik maakt van een doorgeleverde apotheekbereiding kan het zijn dat de vergoeding is gewijzigd. De vergoeding kan bijvoorbeeld zijn vervallen of het middel wordt onder andere voorwaarden vergoed. Wilt u weten wat dit betekent voor u? In het document <i>Gewijzigde vergoeding doorgeleverde (apotheek)bereidingen 2017</i> staat een overzicht van alle wijzigingen. U vindt dit document op pnozorg.nl/service/brochures-en-formulieren .	Deel B, artikel 19, lid 1

		Dit overzicht kunt u ook opvragen bij ons Service Center.	
Zittend ziekenvervoer: kilometervergoeding eigen auto	Per 1 januari 2017 heeft de overheid de kilometervergoeding voor zittend ziekenvervoer met eigen auto verlaagd van € 0,30 per km naar € 0,28 per km.	Als u in 2017 volgens de Basisverzekering in aanmerking komt voor de vergoeding van zittend ziekenvervoer ontvangt u bij gebruik van eigen auto € 0,28 per km.	Deel B, artikel 22, lid 3
Geestelijke gezondheidszorg (ggz): kwaliteitsstatuut en DSM-5	Vanaf 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben. Dit is een regeling waarin zorgverleners omschrijven hoe ze de zorg georganiseerd hebben en hoe de kwaliteit en doelmatigheid gewaarborgd zijn. In de loop van 2017 zullen alle kwaliteitsstatuten gepubliceerd zijn op de website van het Zorginstituut. Met het kwaliteitsstatuut wordt ook de regiebehandelaar geïntroduceerd. Een regiebehandelaar coördineert de behandeling en is het aanspreekpunt voor de cliënt. Tot slot gaan de zorgverleners werken met een nieuwe versie van de DSM, het internationale classificatiesysteem van psychische stoornissen.	Als u geestelijke gezondheidszorg nodig heeft, krijgt u die alleen nog vergoed bij een zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut heeft. Dit statuut is openbaar en geeft u inzicht in de manier waarop de zorg door uw aanbieder is georganiseerd. Voor uw behandeling krijgt u een regiebehandelaar die uw aanspreekpunt is en uw zorg coördineert. Als bij u een diagnose gesteld moet worden, werkt uw zorgverlener met de nieuwste versie van de DSM, het internationale classificatiesysteem van psychische stoornissen.	Enkele definities in deel I, artikel 1. Deel II, artikel 23, en 24
Geestelijke gezondheidszorg (ggz): toestemming bij opname	Voor opname in een ggz-instelling langer dan een jaar moest u in 2016 ook al toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. In 2017 moet u ook voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar hebben als u korter dan een jaar wordt opgenomen als het gaat om een opname voor verslaving of eetstoornissen.	Als u in 2017 wordt opgenomen voor verslaving of eetstoornissen, moet u vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. Dit doen wij omdat we u graag begeleiden naar doelmatige zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroepen en daarom voor vergoeding in aanmerking komt. Dit voorkomt dat u achteraf kosten zelf moet betalen.	Deel II, artikel 24
Geestelijke gezondheidszorg (ggz): Jeugd ggz	In 2016 had de zorgverzekeraar een overgangsregeling voor verzekerden die 18 jaar werden en de overstap maakten van de Jeugd ggz naar de ggz voor volwassenen. Deze regeling zorgt ervoor dat uw regiebehandelaar -wanneer dit een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog is onder de Jeugdwet- u nog maximaal een jaar mag behandelen. Die overgangsregeling is nu wettelijk geregeld en van toepassing in zowel de generalistische Basis-ggz als de gespecialiseerde ggz. Daarmee stopt de mogelijkheid van behandeling door	Als u in 2017 18 jaar wordt en u bent in behandeling bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, dan mag deze regiebehandelaar de behandeling maximaal een jaar voortzetten. In die tijd kan hij zorgen voor afbouw van de behandeling of voor een zorgvuldige overstap naar een regiebehandelaar voor de ggz voor volwassenen.	Deel II, artikel 23 en 24

	orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog na één jaar.		
Betaaltermijnkorting	De betaaltermijnkorting voor kwartaal-, halfjaar- en jaarbetaling wijzigt.	Als u heeft gekozen voor kwartaal-, halfjaar- of jaarbetaling, wijzigt de korting naar respectievelijk 0,5%, 1% en 2%.	Premietabel 2017

PNOzorg

Postadres

PNOzorg
Postbus 459
3990 GG Houten

Declaraties

PNOzorg
Declaratiebehandeling
Postbus 463
3990 GG Houten

Bezoekadres

PNOzorg
De Molen 66
3995 AX Houten

PNO Service Center

030 639 62 62

www.pnozorg.nl

www.facebook.com/pnozorg.nl

www.twitter.com/pnozorg