

PNOzorg

Zorg **van & voor** creatief Nederland

Overeenkomsten 2018

Basisverzekering & aanvullende verzekering

Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2018

I.	Algemeen gedeelte	5
II.	Prestatiewijze en dekking	25
III.	Zorgdiensten PNOzorg	59

Overeenkomst aanvullende verzekering PNOzorg 2018

I.	Algemeen gedeelte	63
II.	Prestatiewijze en dekking	69

Risicodraagster voor de Basisverzekering PNOzorg is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nummer 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nummer 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten. Telefoon: 030 639 62 62 Fax: 030 635 20 72. Internet: www.pnozorg.nl.

Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2018

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1	8
-----------	---

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2	15
-----------	----

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3	16
-----------	----

Overige bepalingen

Artikel 4	Fraude	16
Artikel 5	Onrechtmatige inschrijving	17
Artikel 6	Betalingsverplichtingen	17
Artikel 7	Melding relevante gebeurtenissen	18
Artikel 8	Herziening van premie of voorwaarden	18
Artikel 9	Begin en einde van de Basisverzekering	18
Artikel 10	Geschillen	20
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens	21
Artikel 12	Uitsluitingen	21
Artikel 13	Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder	22
Artikel 14	Materieel controleren	23
Artikel 15	Elektronische communicatie	23

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Aanpassingsstoornis

Een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op emotionele en psychische stress rond ingrijpende veranderingen in het leven (bijvoorbeeld: overlijden, echtscheiding, ontslag of maatschappelijke ontwikkelingen).

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding

Een arts ingeschreven als arts maatschappij en gezondheid in het profielregister van artsen infectieziektebestrijding of het profielregister artsen tuberculosebestrijding van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Arts voor verstandelijk gehandicapten

Een arts ingeschreven als arts voor verstandelijk gehandicapten in het register van erkende artsen voor verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Audiologisch centrum

Een als zelfstandig audiologisch centrum toegelaten instelling of het audiologisch centrum van een instelling voor medisch-specialistische zorg, voor advies en begeleiding van mensen met gehoorproblemen en kinderen met taal-spraakproblemen.

Basisverzekering

De Basisverzekering PNOzorg 2018.

Bedrijfsarts

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het Register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie bekkenfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte (in meters).

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum waarin mondzorgverleners met specifieke deskundigheden en vaardigheden – met gebruikmaking van de daar aanwezige faciliteiten en ondersteuning – samenwerken voor het verlenen van bijzondere tandheelkundige zorg.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code.

DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

DSM-5

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Deze dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)

Een centrum – ook wel huisartsenlaboratorium genoemd – dat laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek verricht op aanvraag van eerstelijnszorgverleners.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU- en EER-land

Naast Nederland maken de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland is hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Generalistische basis-ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat onder de Geneesmiddelenwet valt, waarvoor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) een handelsvergunning heeft verstrekt en dat is opgenomen in het Register van Geneesmiddelen.

Geriatricfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatricfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie geriatricfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg)

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Ggz-instelling

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten voor verblijf en geestelijke gezondheidszorg. De instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.

Hoofdbehandelaar

Zorgverlener, die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De hoofdbehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

Een arts ingeschreven als huisarts in het huisartsenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Jeugdarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het profielregister jeugdartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS). De jeugdarts 0-4 jaar werd voorheen consultatiebureau-arts genoemd.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie kinderfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog, als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) of als Kinder- en jeugdpsycholoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het specialistenregister van klinisch psychologen. Het register wordt beheerd door de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP).

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of kraambureau of werkt als zelfstandige.

Kwaliteitsstatuut ggz

Een professionele standaard voor de ggz die beschrijft hoe de zorgverlener de integrale zorg voor de patiënt organiseert op een wijze dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk worden gestimuleerd. De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening zijn inzichtelijk en toetsbaar. Het model kwaliteitsstatuut ggz is opgenomen in het Register van kwaliteitsstandaarden van Zorginstituut Nederland. Het kwaliteitsstatuut ggz van een zorgverlener moet aan de normen van dit model kwaliteitsstatuut ggz voldoen.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positief bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat deze veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan de klachten zal wegnemen of verminderen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie manueel therapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een (tand)arts, apotheker, verpleegkundige of paramedicus die de zorgverzekeraar in (para) medische zaken adviseert.

Medisch specialist

Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog.

Medisch-specialistische revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Een samenhangend geheel van zorgactiviteiten en maatregelen voor specifieke patiëntencategorieën, aangeboden door samenwerkende zorgverleners onder een herkenbare regiefunctie, waarvoor één integraal tarief geldt. Deze zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd.

Oedeemfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie oedeemfysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

Een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar die voldoet aan de eisen vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Opname

Opname in een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis, ggz-instelling), in een toegelaten instelling voor eerstelijns verblijf of in een Wlz-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een dergelijke instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, huisarts of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts-specialist ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) of als Postmaster-Orthopedagoog SKJ bij de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Pedicure

Een pedicure met de aantekening Diabetische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures, een medisch pedicure ingeschreven in Kwaliteitsregister voor Pedicures of in het Register Paramedische Voetzorg.

Physician assistant

Een medische professional op hbo-niveau, geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant is zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde handelingen, zoals endoscopieën, katheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen, en kan tevens werken in opdracht van of onder supervisie van een medisch specialist.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Prestatie basis-ggz

Een prestatie basis-ggz omvat het geheel van zorg voor een categorie patiënten in de generalistische basis-ggz die past bij hun patiëntenprofiel. De prestatie basis-ggz bestaat uit verschillende behandelcomponenten die passen bij de individuele zorgvraag van de patiënt. Er kan sprake zijn van zorgverlening door verschillende behandelaars. Deze componenten worden niet afzonderlijk bekostigd.

Productiesamenwerkingsverband

Een samenwerkingsverband van ziekenhuizen dat laboratoriumonderzoeken en andere diensten levert aan de samenwerkende instellingen en eerstelijnszorgverleners.

Psychiater

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Receptplichtig geneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet uitsluitend op basis van een recept van een bevoegde voorschrijver mag worden afgeleverd.

Regiebehandelaar ggz

De zorgverlener die de regie voert over het behandelproces zoals beschreven in het kwaliteitsstatuut ggz. De regiebehandelaar ggz is verantwoordelijk voor het (doen) stellen van de diagnose, de doelmatige uitvoering van het behandelplan, de dossiervorming en de communicatie met de patiënt. De regiebehandelaar is geregistreerd volgens de Wet BIG en heeft een specifieke ggz-opleiding gevolgd.

SEH-arts

Spoedeisende hulp arts: een arts ingeschreven in het profielregister SEH-arts van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

Een arts ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in bijvoorbeeld een ziekenhuis of Wlz-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) niet nodig is.

U

De verzekerde voor wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-land of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtsenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verslavingsarts

Een arts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die werkzaam is in een instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg binnen een multidisciplinair team en die de verantwoording heeft voor onderzoek naar en de beoordeling van psychische en somatische gevolgen van het gebruik van verslavende middelen en de behandeling daarvan.

Verzekerde

De op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsplichtige

De persoon die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Verzorgende

Een verzorgende in de individuele gezondheidszorg, opgeleid volgens het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg en gerechtigd deze titel te voeren.

Voorschrift

Schriftelijke en gemotiveerde vaststelling, aanwijzing of instructie van een zorgverlener waar in staat welke zorg en/of welk genees-, hulp- of verbandmiddel u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wijkverpleegkundige

Een hbo-gediplomeerd verpleegkundige die onderdeel uitmaakt van de (in)formele netwerken van waaruit maatschappelijke ondersteuning en zorg (zoals huisartsenzorg) lokaal worden georganiseerd en/of van een sociaal wijkteam of vergelijkbare gemeentelijke structuur. De wijkverpleegkundige signaleert en onderzoekt zorgvragen. Hij of zij bepaalt de aard, inhoud en omvang van de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt en stemt de zorg af met de behandelaar(s). De wijkverpleegkundige kan ook zelf zorg verlenen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg, toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Zorgverzekeraar

ONVZ Ziektekostenverzekeraar NV., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

ZZP ggz-zorgproduct

Een pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met verblijf dat van toepassing is als het verblijf langer heeft geduurd dan 365 aaneengesloten dagen.

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2

lid 1 De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (zorgpolis) en u een verzekeringspas.

lid 2 De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in Prestatiewijze en dekking van de Overeenkomst Basisverzekering (deel II), artikel 7, dan zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. Ook van belang zijn de eventuele voor de zorgverzekeraar geldende afspraken die de gemeente, waar de zorg wordt verleend, met zorgverzekeraars heeft gemaakt. Wilt u hulp bij het vinden van de weg in de zorg, of advies over uw keuzemogelijkheden of zorgbemiddeling bij u in de wijk, neemt u dan contact op met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg of diensten. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

lid 4 U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. De behandel- of leveringsdatum is bepalend, dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in 2 opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

lid 5 U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn door de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar en betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt de zorgverzekeraar rechtstreeks aan u. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor.

De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgesloten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.

- lid 6 Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is door de Basisverzekering, dan wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend om het aan de zorgverlener teveel betaalde – in naam van de zorgverzekeraar – bij de zorgverlener te incasseren.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

- lid 1 U bent verplicht:
- zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of degene belast met controle, medewerking te – laten – verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde of een (reis)verzekeraar en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.
- lid 2 U moet de originele nota's binnen 36 maanden indienen bij de zorgverzekeraar. Daarbij zijn de behandel- of leveringsdatum – dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven – bepalend. U kunt nota's het beste zo snel mogelijk na ontvangst indienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.
- De nota moet de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal hebben. De nota moet ook zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwickelen. Als de nota in een andere taal dan de genoemde talen is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling – eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau – op uw kosten.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota – bijvoorbeeld een scan, foto of fax – dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat in op het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan tijdens deze termijn het origineel bij u opvragen.
- lid 4 Het niet nakomen van één of meer van bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude

- lid 1 Onder fraude verstaat de zorgverzekeraar: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering bij de totstandkoming en/of uitvoering van de Basisverzekering, met als doel het krijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Fraude kan bijvoorbeeld bestaan uit het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, het indienen van vervalste of misleidende stukken, het doen van een onware opgave over een ingediende declaratie en het verzwijgen van feiten die voor de beoordeling van de declaratie van belang zijn.

lid 2 Bij een vermoeden van fraude kan de zorgverzekeraar onderzoek doen. De zorgverzekeraar voert dit onderzoek uit volgens het *Protocol Verzekeraars en Criminaliteit*. Dit protocol kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

lid 3 Bij vaststelling van fraude:

- bestaat geen recht op vergoeding van kosten van zorg. Dit geldt ook voor die onderdelen van een declaratie waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
- vordert de zorgverzekeraar alle bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd en kosten die door de fraude zijn ontstaan – waaronder ook onderzoekskosten – terug;
- kan de zorgverzekeraar daarvan aangifte doen bij de politie;
- kan de zorgverzekeraar de verzekeringnemer of verzekerde registreren in de registers bedoeld in artikel 11, lid 3;
- heeft de zorgverzekeraar het recht om de Basisverzekering te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving

lid 1 Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.

lid 2 Als de Basisverzekering vervalt, verrekent de zorgverzekeraar de premie vanaf de vervaldag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. De zorgverzekeraar betaalt het saldo aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6 Betalingsverplichtingen

lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.

lid 2 Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.

lid 3 De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting. Uitgegaan wordt daarbij steeds van 30 dagen per maand.

lid 4 De verzekeringnemer moet de premie op de overeengekomen wijze vooruit betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.

Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past de zorgverzekeraar de premie naar verhouding aan.

De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.

lid 5 Als de verzekeringnemer niet – tijdig – de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van 2 maandpremies, biedt de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.

Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan – al dan niet via een rechtszaak – voor rekening van de verzekeringnemer.

- lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt de zorgverzekeraar de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.
- lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Bij detentie buiten Nederland moet een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of van Reclassering Nederland worden overgelegd. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen

- lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Basisregistratie personen (voorheen: Gemeentelijke Basisadministratie).
- lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan binnen 30 dagen na de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan 7 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit geldt niet als de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling of een verbetering inhoudt. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitskorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden. De collectieve verzekeringsovereenkomst is op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering

- lid 1 De ingangsdatum van de Basisverzekering is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Als uit de aanvraag niet blijkt of u verzekeringsplichtig bent, gaat de Basisverzekering in op de dag dat de zorgverzekeraar de gegevens, die nodig zijn voor de beoordeling hiervan, heeft ontvangen.
- Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, kan de ingangsdatum op verzoek van de verzekeringnemer ook een latere dag zijn. De ingangsdatum van de Basisverzekering staat op het polisblad.

Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

- lid 2** Als de Basisverzekering ingaat binnen 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- lid 3** Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, dan stelt de zorgverzekeraar de ingangsdatum met terugwerkende kracht vast op de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4** De zorgverzekeraar heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6, lid 5).
- lid 5** De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6** De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7** De Basisverzekering eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert.

De zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer hierover uiterlijk 2 maanden voordat de Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop deze eindigt.

- lid 8** De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9** Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij die Basisverzekering opzeggen als (voor) deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft (is) afgesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
 - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 10** Bij het aangaan van de Basisverzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij het bewijs van de Basisverzekering (de zorgpolis) heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11** Als het CAK u mededeelt dat zij u bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd, kunt u de Basisverzekering binnen 14 dagen laten vervallen. U moet hiervoor aan het CAK en de zorgverzekeraar aantonen:
- dat u in de 3 maanden na verzending van het besluit waarin het CAK u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten al elders verzekerd was, en
 - dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12** Als u door het CAK bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.

- lid 13 Als het CAK de Basisverzekering namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste 12 maanden waarover deze loopt.

Artikel 10 Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken tot een heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of kan de verzekeringnemer de klacht over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Dit kan in de Nederlandse of de Engelse taal. De procedure is altijd in het Nederlands.

De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 088 900 69 00

E-mail: info@skgz.nl

Internet: www.skgz.nl

Voor het indienen van een klacht of het voorleggen van een geschil gelden voor zowel u als de verzekeringnemer termijnen:

- Heeft de zorgverzekeraar geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot 1 jaar na het antwoord van de zorgverzekeraar indienen.
- Heeft de zorgverzekeraar niet geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken?
U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw verzoek om heroverweging indienen.
- Wilt u een geschil bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voorleggen?
Dit kan tot één jaar na het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar dat tot het geschil heeft geleid. Heeft u het handelen of nalaten niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van één jaar in op het moment dat u van het handelen of nalaten redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn.
- Heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht bekeken en wilt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen?
Dit kan tot 3 maanden nadat de Ombudsman u de uitkomst van de bemiddeling heeft laten weten.

U of de verzekeringnemer kan de zaak ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter. Als u of de verzekeringnemer hiervoor kiest, vervalt de mogelijkheid om de zaak voor te leggen aan de SKGZ.

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en – in tweede instantie – tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 088 770 87 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

- lid 1** Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in tekst. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de zorgverzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens en de *Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* in acht. Deze gedragscode kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.
- lid 2** Stelt u informatie over producten en/of diensten niet op prijs, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij de zorgverzekeraar, Postbus 459, 3990 GG Houten, of via telefoonnummer 030 639 62 62, of via het contactformulier op www.pnozorg.nl.
- lid 3** In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert de zorgverzekeraar volgens de *Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars* een Gebeurtenissenadministratie. De zorgverzekeraar voert ook een Incidentenregister volgens het *Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen*. Op grond van dit protocol kan zij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierbij van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl. U kunt het reglement aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.
- lid 4** Voor het uitvoeren van de Basisverzekering kan de zorgverzekeraar aan derden (zoals zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De zorgverzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener of leverancier zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen worden in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.
- lid 5** De zorgverzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12 Uitsluitingen

- lid 1** De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:
1. eigen bijdragen volgens de Wlz, Wmo en Jeugdwet en in verband met bevolkingsonderzoek;
 2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet of in verband met sportbeoefening), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
 3. griepvaccinatie;

4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
6. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
7. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in Prestatiewijze en dekking van de Overeenkomst Basisverzekering (deel II) artikel 8, lid 2;
8. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
9. niet nagekomen afspraken;
10. sportmedisch onderzoek, begeleiding en advies waarbij geen sprake is van een geneeskundige zorgvraag. Daarmee zijn ook kosten van activiteiten gericht op het bereiken van een bepaald sportniveau of het verbeteren van sportprestaties uitgesloten van vergoeding;
11. incasso - al of niet via een rechtszaak - als u een nota niet - tijdig - betaalt aan een zorgverlener;
12. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht;
13. geestelijke gezondheidszorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar.

lid 2 De Basisverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding voor vormen van zorg of diensten die op grond van andere wettelijke voorschriften kunnen worden bekostigd.

De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Er zijn echter ook andere wetten voor (de vergoeding van kosten van) zorg en zorgdiensten, zoals de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. De overheid heeft bepaald dat de Basisverzekering geen dekking biedt als zorg of diensten in die andere wetten of daarop gebaseerde regelingen zijn geregeld, ook niet als u die zorg of diensten niet toereikend vindt. De Basisverzekering biedt daarom - bijvoorbeeld - geen dekking voor respijtzorg (vergoed volgens de Wmo) en ook niet voor de verpleging als beschreven in artikel 7 als u beroep kunt doen op gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning (geregeld in de Wlz).

lid 3 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

lid 4 Na een zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ en aanmelding Wlz-uitvoerder

lid 1 De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met de zorgverzekeraar lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.

lid 2 Heeft u een Basisverzekering bij de zorgverzekeraar, dan wordt u automatisch aangemeld bij ONVZ Langdurige Zorg B.V. Deze treedt op grond van de bepalingen van de Wlz voor u op als uitvoerder van die wet.

Artikel 14 Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Artikel 15 Elektronische communicatie

lid 1 Als u of de verzekeringnemer er voor kiest contact met de zorgverzekeraar op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat de zorgverzekeraar mededelingen ook langs elektronische weg aan u mag doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

lid 2 Als u of de verzekeringnemer de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, of voor het elektronisch toezenden van de polis, kan die toestemming weer worden ingetrokken. Dat kan:

- schriftelijk: het verzoek moet zijn gericht aan PNOzorg, Verzekerdenadministratie, Postbus 459, 3990 GG Houten;
- via het contactformulier op www.pnozorg.nl.

Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2018

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	27
Artikel 2	Eigen risico	27
Artikel 3	Preventieve zorg	28
Artikel 4	Huisartsenzorg	31
Artikel 5	Eerstelijnsdiagnostiek	32
Artikel 6	Medisch-specialistische zorg	33
Artikel 7	Verpleging en verzorging	37
Artikel 8	Geboortezorg	38
Artikel 9	Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg	39
Artikel 10	Organtransplantaties	42
Artikel 11	Dialysezorg	43
Artikel 12	Mechanische beademing	43
Artikel 13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	43
Artikel 14	Trombosedienst	43
Artikel 15	Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	44
Artikel 16	Audiologische zorg	44
Artikel 17	Paramedische zorg	44
Artikel 18	Mondzorg	46
Artikel 19	Farmaceutische zorg	48
Artikel 20	Hulpmiddelenzorg	51
Artikel 21	Ambulancevervoer	52
Artikel 22	Zittend ziekenvervoer	52
Artikel 23	Generalistische basis-ggz	53
Artikel 24	Gespecialiseerde ggz	54
Artikel 25	Buitenland	56
Artikel 26	Algemeen	57

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Restitutiebasis

lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de in dit deel II (Prestatiewijze en dekking) beschreven kosten voor zorg en overige diensten. Daarbij zijn de bepalingen uit deel I (Algemeen gedeelte) van de Overeenkomst Basisverzekering ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7, lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het *Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2018*.

lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

Bij bemiddeling in verband met wachtlijsten houdt de zorgverzekeraar rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren. Betreft de bemiddeling verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 7, dan houdt de zorgverzekeraar rekening met eventuele voor haar geldende afspraken over taakafstemming met de gemeente waar de zorg zal worden geleverd.

Artikel 2 Eigen risico

lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

lid 2 De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.

De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:

1. kosten van huisartsenzorg (waaronder ook de kosten van inschrijving en van multidisciplinaire eerstelijnszorg bedoeld in artikel 4, lid 1). De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek (als bedoeld in artikel 5) elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. Ook de kosten van eerstelijns verblijf (als bedoeld in artikel 4 lid 2) vallen onder het eigen risico;
2. kosten van verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 7;
3. kosten van door de zorgverzekeraar aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures;

4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door de zorgverzekeraar aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures. De kosten van de receptplichtige geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;
5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico, net als kosten van met de zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
6. kosten van nacontrole van u als donor nadat de periode, bedoeld in artikel 10, lid 2 is verstreken alsmede de door u als donor gemaakte kosten van vervoer bedoeld in artikel 10, lid 4;
7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

lid 3 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 2019 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2019 heeft ontvangen.

lid 4 Als er een eigen bijdrage geldt, wordt die eerst ingehouden. Het bedrag dat daarna overblijft, valt onder het eigen risico. Eigen bijdragen tellen dus niet mee voor het vol maken van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen ook niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

lid 5 Als de Basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:

- a. het geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen;
- b. de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:

- a. het voor dat jaar geldende eigen risico wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen waarover premie wordt betaald;
- b. de uitkomst wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

lid 6 Als het eigen risico wijzigt tijdens het kalenderjaar en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al onder een Basisverzekering was verzekerd, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:

- a. ieder bedrag aan eigen risico in het betreffende kalenderjaar wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor het gold of zal gelden;
- b. deze bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

lid 7 De uitkomsten bedoeld in lid 5 en 6 worden afgerond op hele euro's.

lid 8 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-ggz of ZZP ggz-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct, prestatie integrale geboortezorg, de prestatie basis-ggz of het ZZP ggz-zorgproduct wordt geopend.

Artikel 3 Preventieve zorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in dit deel II ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:

1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;
2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van een ziekte.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet.

lid 2

Voor enkele vormen van geïndiceerde preventie zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere voorwaarden die hieronder zijn omschreven.

a. Voetzorg bij diabetes mellitus

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter voorkoming of ter behandeling van voetulcera. De zorg wordt verleend door:

- de huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts;
- een podotherapeut, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten.

Welke zorg de zorgverzekeraar vergoedt, hangt af van uw zorgprofiel. De huisarts, medisch specialist of podotherapeut stelt dit zorgprofiel vast tijdens de jaarlijkse voetcontrole, op basis van het risico op het ontstaan van voetproblemen. Het zorgprofiel beschrijft welke zorg nodig is om diabetische voetulcera te voorkomen.

Als u diabetes mellitus heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit een anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
2. daarnaast, bij zorgprofiel 2, 3 en 4:
 - frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
 - educatie over en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
 - advisering over adequaat schoeisel.

De zorgverzekeraar vergoedt deze zorg als huisartsenzorg (artikel 4), ook als deze onderdeel uitmaakt van integraal bekostigde multidisciplinaire eerstelijnszorg.

Voetzorg is niet hetzelfde als voetverzorging. Met voetverzorging wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen alsmede het knippen van de teennagels. Deze kosten zijn uitgesloten van de aanspraak.

b. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma, maximaal één keer per kalenderjaar. Een stoppen-met-rokenprogramma omvat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg – al dan niet in combinatie met geneesmiddelen – met als doel te stoppen met roken.

Naast korte ondersteunende adviezen voor het stoppen met roken door huisarts, medisch specialist of verloskundige, vergoedt de zorgverzekeraar ook intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining door een huisarts, verpleegkundige of zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister *Stoppen met roken* van het Partnership Stop met Roken. Het kwaliteitsregister *Stoppen met roken* kunt u raadplegen op www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNO Service Center.

Als de begeleidende zorgverlener dit noodzakelijk acht, vergoedt de zorgverzekeraar ook ondersteuning met geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist en onderdeel zijn van het behandelprogramma.

c. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie als sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit programma's gebaseerd op de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Kleur je leven* of de cursus *In de put, uit de put*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

d. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25-30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, diëtist of andere zorgverlener kan de advisering dus ook uitvoeren. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt de zorgverzekeraar als huisartsenzorg (artikel 4). De daar beschreven voorwaarden zijn ook van toepassing op deze leefstijladviesing.

Als sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25-30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht, waarbij dit verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts, bestaat aanspraak op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. U moet – voor aanvang van de gecombineerde leefstijlinterventie – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit 3 componenten:

- advisering over en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten als diëtetiek (artikel 17, lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals omschreven in de genoemde artikelen zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding;
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 17, lid 3). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding. Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts – voor alle leeftijden – als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering;
- begeleiding bij gedragsverandering door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, psycholoog of andere zorgverlener in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze begeleiding.

e. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik als sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg. De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's die zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie zoals de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

f. Preventie van paniekstoornis

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen als sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg. De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*.

Artikel 4 Huisartsenzorg

lid 1

Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Als het gaat om individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- of tuberculosebestrijding kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de zorg verlenen.

Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:

- het daarmee samenhangende (laboratorium)onderzoek dat in de huisartsenpraktijk zelf wordt uitgevoerd. Voor vergoeding van kosten voor (laboratorium)onderzoek dat elders wordt verricht in opdracht van een huisarts geldt artikel 5;
- multidisciplinaire eerstelijnszorg bij chronische aandoeningen;
- voedselallergieonderzoek bij kinderen via de dubbelblinde, placebogecontroleerde voedsel- provocatietest (DBPGVP). Deze kan ook worden uitgevoerd door een jeugdarts.

Individuele geneeskundige zorg bij infectieziekte- en/of tuberculosebestrijding omvat niet:

- algemene preventieve maatregelen, zoals collectieve voorlichting en vaccinaties, en bron- en contactopsporing in verband met collectieve preventie;
- voorlichting en advisering over en vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of uw aanvullende verzekering voor de kosten hiervan dekking biedt.

lid 2

Eerstelijns verblijf

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor eerstelijns verblijf als dit noodzakelijk is in verband met generalistische geneeskundige zorg. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de generalistische geneeskundige zorg en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van eerstelijnsdiagnostiek,

paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens het verblijf als deze zorg verband houdt met de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is.

De hoofdbehandelaar is een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Het verblijf vindt plaats in een instelling met WTZi-toelating voor persoonlijke verzorging en verpleging.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns verblijf als:

- de zorg verband houdt met de behoefte aan generalistische geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden of een hoog risico daarop, maar geen medisch-specialistische behandeling of (geriatrische)revalidatie nodig is;
- er 24 uur per dag, 7 dagen per week een hbo-verpleegkundige dichtbij beschikbaar is;
- het verblijf is geïndiceerd door een huisarts aan de hand van het in de beroepsgroep gebruikelijke afwegingsinstrument eerstelijns verblijf, waarbij is vastgesteld dat u niet bent aangewezen op permanent verblijf, én
- de zorg is gericht op terugkeer naar de eigen omgeving door het opheffen of stabiliseren van de aandoening of beperking en de gevolgen ervan. Dit is vastgelegd in een zorgplan. Uitzondering vormt de situatie waarin sprake is van palliatief terminale zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijns verblijf na 12 weken alleen als zij voor het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet hiervoor een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de hoofdbehandelaar in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar houdt op de kosten van het eerstelijns verblijf het eigen risico in. De zorgverzekeraar vergoedt de zorg door een huisarts tijdens het eerstelijns verblijf als huisartsenzorg (lid 1). Hiervoor geldt geen eigen risico.

Voor vergoeding van de kosten van geboortezorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8. Voor vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie geldt niet dit artikel, maar artikel 9 lid 2.

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 van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2016 een geldig indicatiebesluit van het CIZ heeft voor eerstelijns verblijf palliatief terminale zorg volgens de subsidieregeling Wlz, dan is daarmee voldaan aan lid 2 van dit artikel. U kunt de zorg vanaf 1 januari 2017 ontvangen of, als u al zorg ontvangt, deze zorg voortzetten (ook bij dezelfde zorgverlener) tot de einddatum van het indicatiebesluit van het CIZ, maar uiterlijk tot 1 januari 2020.

Deze overgangsregeling geldt alleen zolang er een medische noodzaak is voor het eerstelijns verblijf of u aangewezen bent op deze zorg. Mocht na de hier genoemde einddatum een langer eerstelijns verblijf nodig zijn, dan moet u hiervoor een aanvraag indienen volgens lid 2 van dit artikel.

Artikel 5 Eerstelijnsdiagnostiek

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, uitgevoerd door een huisarts, verloskundige, eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), productiesamenwerkingsverband of ziekenhuis.

Eerstelijnsdiagnostiek omvat diagnostiek die wordt uitgevoerd op aanvraag van een eerstelijnszorgverlener. De uitslagen komen bij deze zorgverlener terug. Het kan gaan om laboratoriumonderzoek (zoals bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (zoals röntgenonderzoek) en om functieonderzoek (zoals het electrocardiogram).

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek alleen als deze is aangevraagd door een huisarts of verloskundige. Als de diagnostiek verband houdt met individuele zorg bij tuberculose(-infectie) of een infectieziekte kan ook een arts infectieziekte- of tuberculosebestrijding de eerstelijnsdiagnostiek aanvragen.

Voor diagnostiek in verband met prenatale screening geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn.

U moet - voor aanvang van de zorg - een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.

Gaat het om behandelingen vermeld op de lijst *Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg 2018* dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van zorg alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U kunt deze lijst aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures. Vaak zal uw zorgverlener de toestemming voor u aanvragen.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor medisch-specialistische zorg, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als dit een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.

Als u bij aanvang van de eerste of tweede ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.

Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden

1. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunault score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd.
2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's – al dan niet tussentijds gecryopreserveerd – maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats.
Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na ivf – geldt als nieuwe eerste poging.

lid 3

Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten behandelingen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere behandelingen voorwaardelijk toelaten. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2018* staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen vermeld, en welke ziekenhuizen deze behandelingen uitvoeren. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

De volgende behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten:

a. Adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij coloncarcinoom

Patiënten met operatief verwijderd colorectaal carcinoom en een hoog risico op het ontwikkelen van peritonitis carcinomatosa kunnen behandeld worden met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Tot 1 oktober 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze adjuvante HIPEC voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd.

b. Behandeling met belimumab bij systemische lupus erythematosus (SLE)

Volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus (SLE) met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, kunnen aanvullend op die standaardbehandeling behandeld worden met het geneesmiddel belimumab. Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling met belimumab voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat is vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

c. Behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten bij uitgezaaid melanoom

Patiënten met uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV kunnen behandeld worden met tumor infiltrerende lymfocyten (TILs). Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze TIL-behandeling voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

d. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Vrouwen die na borstkanker een borstreconstructie ondergaan, kunnen behandeld worden met autologe vet transplantatie. Tot 1 april 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg 'The Breast Trial'.

e. Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij lumbale hernia

Patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom bij een lumbale hernia kunnen geopereerd worden door middel van percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED).

Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze PTED-operatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

f. Occipitale zenuwstimulatie bij medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn

Patiënten met chronische clusterhoofdpijn, die niet reageren op medicatie kunnen behandeld worden met stimulatie van zenuwbanen in het achterhoofd: occipitale zenuwstimulatie.

Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd: de ICON-studie. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

g. Dendritische cel vaccinaties bij operatief verwijderd melanoom

Na complete resectie van stadium IIIB en IIIC melanoom kunnen patiënten behandeld worden met dendritische cel vaccinaties om terugkeer of uitzaaiing van de tumorcellen te voorkomen. Tot 1 augustus 2021 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dendritische cel vaccinaties, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

h. Sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie

Patiënten met functionele obstipatie met vertraagde darmassage, die niet voldoende reageren op conservatieve behandelingen, kunnen behandeld worden met behulp van een onderhuidse zenuwstimulator: sacrale neuromodulatie.

Tot 1 juli 2021 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze sacrale neuromodulatie, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet;
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd; of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

i. Cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij uitgezaaid maagcarcinoom

Patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht kunnen behandeld worden met een combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC). Tot 1 oktober 2022 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd (PERISCOPE I).

lid 4

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. liposuctie - wegzuigen van onderhuids vet - van de buik;
2. abdominoplastiek - buikwandcorrectie -, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een – gehele of gedeeltelijke – borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit (man-vrouw transgenders);
4. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
5. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek – reconstructie van de huid;
6. behandelingen gericht op sterilisatie – zowel man als vrouw;
7. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie – zowel man als vrouw;
8. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man) als die niet medisch noodzakelijk is;
9. behandeling van plagiocefalie – scheve schedel – en brachycefalie – brede schedel – zonder craniosynostose – voortijdige vergroeiing van schedelnaden – met een redressiehelm.

lid 5 Voor vergoeding van kosten voor mondzorg door de kaakchirurg geldt niet dit artikel, maar artikel 18.

Voor vergoeding van kosten voor gespecialiseerde ggz (geestelijke gezondheidszorg) geldt niet dit artikel, maar artikel 24. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 23 en 24, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.

Artikel 7 Verpleging en verzorging

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf (behalve de hierna vermelde uitzondering). Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en omvat ook coördinatie, instructie, begeleiding bij zelfmanagement, signalering, individuele zorggerelateerde preventie en casemanagement. Verpleging en verzorging omvat ook palliatief terminale zorg of verpleging thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Als verpleging en verzorging aan kinderen met ernstige medische problemen (intensieve kindzorg) in een instelling moet worden verleend, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook het verblijf. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende met opleidingsniveau 3 verleent de zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verpleging en verzorging waarbij de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, en waarbij geen sprake is van verblijf in een ziekenhuis, ggz-instelling of een Wlz-instelling. Onder geneeskundige zorg wordt in dit verband verstaan: zorg zoals omschreven in de artikelen 4 tot en met 18, 23 en 24 van dit deel II.

De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door een hbo-gediplomeerd wijkverpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige als u jonger bent dan 18 jaar, en vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan is een dynamische set van afspraken die u met de zorgverlener maakt over zorg en zelfmanagement, op basis van uw individuele doelen, behoefte en situatie. Het zorgplan moet voldoen aan de *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, vastgesteld door beroepsvereniging Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN). U kunt dit normenkader aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

Voor vergoeding van de kosten van kraamzorg geldt niet dit artikel, maar artikel 8.

Wilt u deze zorg in het buitenland ontvangen, dan raden wij u aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met de PNO ZorgConsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.

lid 2 Op uw verzoek vergoedt de zorgverzekeraar in bepaalde gevallen de kosten van verpleging en verzorging in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Voor zorg volgens een Zvw-pgb gelden maximum uurtarieven. In het *Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2018* zijn de voorwaarden en tarieven opgenomen. Dit reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

lid 3 Als u het niet eens bent met de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van een herbeoordeling van dit onderdeel van het zorgplan door een andere wijk- of kinderverpleegkundige, als de zorgverzekeraar u daar voor aanvang van de herbeoordeling toestemming voor heeft gegeven. De zorgverzekeraar kan aan de toestemming voorwaarden verbinden, bijvoorbeeld dat een door haar aangewezen wijk- of kinderverpleegkundige de herbeoordeling uitvoert. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

De zorgverzekeraar kan ook zelf de door de wijk- of kinderverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging laten (her)beoordelen door haar (verpleegkundig) medisch adviseur.

Artikel 8 Geboortezorg

lid 1 Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch specialist of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Deze omvat zorg voor de biologische moeder en zorg voor de pasgeborene, die ook afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden.

lid 2 Prenataal onderzoek

Onderdeel van de verloskundige zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester (de 20-weeken echo) van de zwangerschap;
- een combinatietest – bestaande uit nekplooiemeting en bloedonderzoek – voor zwangeren met een medische indicatie. De indicatie moet gesteld zijn door een huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Voor deze vormen van prenatale screening geldt het eigen risico niet.

Als u daarvoor een medische indicatie van een huisarts, verloskundige of medisch specialist heeft, of als uit een combinatietest is gebleken dat er sprake is van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosomale afwijking, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook prenataal vervolgonderzoek, zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek.

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek eveneens bij een afwijkende uitslag van een NIPT die u zonder medische indicatie voor eigen rekening heeft laten uitvoeren. De kosten van de NIPT zelf worden in dat geval echter niet vergoed.

De zorgverzekeraar vergoedt het prenataal vervolgonderzoek als medisch-specialistische zorg (artikel 6). Hiervoor geldt het eigen risico. Voor GUO, vruchtwaterpunctie en vlokentest geldt echter geen eigen risico.

Als u geen medische indicatie heeft, dan mogen SEO en combinatietest alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener die beschikt over een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgverlener die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor prenatale screening met zo'n vergunning.

lid 3

Bevalling en kraamzorg

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische indicatie

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 6.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische indicatie, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 17,- per persoon per dag. Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 122,50 per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en assistentie door een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling – partusassistentie – tot maximaal 2 uur na de geboorte van de placenta;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert.

Hierbij geldt voor de vergoeding voor kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,30 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal 10 dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure staat in deel III (Zorgdiensten).

Artikel 9 Revalidatie en zintuiglijk gehandicaptenzorg

lid 1

Medisch-specialistische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

Medisch-specialistische revalidatie omvat:

1. algemene medisch-specialistische revalidatie;
2. interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Van algemene medisch-specialistische revalidatie is sprake als de revalidatiearts:

- u op de polikliniek behandelt op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- u in het ziekenhuis mede-behandelt;
- in consult wordt geroepen voor een revalidatie-advies door bijvoorbeeld een andere medisch specialist, een huisarts of bedrijfsarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie als:

- bij u sprake is van complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie), en
- u voorafgaand aan de behandeling door de huisarts, een bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch specialist gericht naar de revalidatiearts bent verwezen en de revalidatiearts de indicatie voor medisch-specialistische revalidatie heeft gesteld;
- de revalidatiezorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijk is voor de inhoud en kwaliteit van de zorg;
- deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
- u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

lid 2

Geriatrische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, als:

- sprake is van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, en
- bij u sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en
- de zorg gericht is op het zodanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar uw thuissituatie mogelijk is, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met een opname in een Wlz-instelling - ook wel verpleeghuis genoemd - of andere instelling die voor het leveren van geriatrische revalidatie wettelijk is toegelaten. Deze instelling heeft een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.

Onder kwetsbaarheid verstaat de zorgverzekeraar: een gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Onder complexe multimorbiditeit verstaat de zorgverzekeraar: de aanwezigheid van verschillende ziekten, die in combinatie leiden tot stoornissen, beperkingen, handicaps en verlies van welbevinden. De oorzaken van de problemen zijn moeilijk te ontrafelen en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten vaak anders dan verwacht.

De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op:

- een ziekenhuisopname zoals bedoeld in artikel 6, lid 2a, waarbij u voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef en werd behandeld in een verpleeghuis of andere instelling, of
- het ontstaan van een acute aandoening waardoor - eveneens acuut - mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid zijn opgetreden, waarbij deze aandoening, de mobiliteitsstoornissen en/of de afname van de zelfredzaamheid ook bij aanvang van de geriatrische revalidatie nog bestaan en u voor de acute aandoening medisch-specialistische zorg heeft ontvangen.

De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld door:

- de behandelend medisch specialist, met de specialist-ouderengeneeskunde, tijdens de ziekenhuisopname, of
- een klinisch geriater of een internist-ouderengeneeskunde, tijdens een geriatrisch assessment na de acuut opgetreden aandoening.

De medisch specialist en andere zorgverleners in het ziekenhuis werken in samenspraak met de specialist-ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname al systematisch aan – duidelijkheid over – het vervolgtraject geriatrische revalidatiezorg.

De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Dit behandelplan voldoet aan de relevante richtlijnen van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en de behandelkaders van Verenso (de beroepsorganisatie van specialisten-ouderengeneeskunde en sociaal geriaters).

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van 6 maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestemming geven voor een langere periode.

De geriatrische revalidatie omvat ook de ambulante revalidatiezorg als die na overgang naar huis wordt voortgezet.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct.

lid 3

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg als:

- u een visuele beperking heeft, of
- u een auditieve beperking heeft, of
- u jonger bent dan 23 jaar en bij u sprake is van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, of
- als er sprake is van een combinatie van deze beperkingen.

Het moet gaan om multidisciplinaire zorg in verband met die beperking, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

De zorg kan bestaan uit diagnostisch onderzoek, interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap, en interventies die uw beperking opheffen of compenseren en zo uw zelfredzaamheid vergroten.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist of een klinisch fysisch-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking moet u – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen. Voor volwassenen met een eenvoudige revalidatievraag is geen nieuwe verwijzing nodig.

De zintuiglijk gehandicaptenzorg wordt geleverd door een multidisciplinair team, verbonden aan een ISO- of HKZ-gecertificeerde instelling:

- die is aangesloten bij VIVIS of SIAC, of

- met een WTZi-toelating voor behandeling van cliënten met een zintuiglijke beperking, die de ontwikkeling en naleving van het landelijke kwaliteitskader ondersteunt.

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede zorg aan volwassen doofblinden en prelinguaal doven.

Verblijf

Aanspraak bestaat op vergoeding van (tijdelijk) verblijf voor intensieve revalidatie in een therapeutische verblijfssetting. Dit om de behandeling te kunnen laten slagen als dat niet zonder verblijf mogelijk is. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor verblijf voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren).

Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. U moet hiervoor een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de hoofdbehandelaar in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar.

Artikel 10 Organtransplantatie en -donatie

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:

1. een EU- of EER-land, of
2. een ander land, als de donor daar woont en deze uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt voor zorg aan de donor de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. De aanspraak in dit lid betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.

lid 3 Voor de donor die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg bedoeld in lid 2 van dit artikel. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor, die geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfkosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

lid 4 Als u zelf donor bent, vergoedt de zorgverzekeraar voor u als donor de kosten van vervoer zoals omschreven in lid 3 van dit artikel.

Artikel 11 Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

In geval van thuisdialyse omvat de aanspraak ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
 2. het verstrekken of in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
 3. de kosten van de regelmatige controle en onderhoud – vervanging inbegrepen –, en de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
 4. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
 5. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.
- Deze onderdelen zijn van toepassing op hemodialyse en de verschillende vormen van peritoneaaldialyse. De kosten maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis of dialysecentrum in rekening brengt.

In geval van thuisdialyse vergoedt de zorgverzekeraar, naast het DBC-zorgproduct, ook andere kosten die met de thuisdialyse samenhangen. Deze kosten vallen echter onder de hulpmiddelenzorg en worden vergoed volgens artikel 20 van het *Reglement Hulpmiddelen 2018*. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

Artikel 12 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 14 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een arts of medisch specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het – onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst – laten verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het *Reglement Hulpmiddelen 2018* bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. U moet – voor aanvang van het onderzoek en de advisering – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 16 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist-ouderengeneeskunde, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Artikel 17 Paramedische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch)kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin alleen als zij hiervoor toestemming vooraf heeft gegeven. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming voor incidentele behandeling op de bedoelde locaties als daarvoor een indicatie bestaat. De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

Wilt u weten of de zorgverlener van uw keuze aan alle opleidingsvereisten voldoet en beschikt over de actuele kennis en ervaring die beroepsgenoten van belang vinden? Meer informatie staat in *Kwaliteitsregisters paramedische zorg*. U kunt dit document raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemfysiotherapeut. Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Bij de in de bijlage genoemde aandoeningen 'lymfoedeem' en 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma', kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.

Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van:

- maximaal 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen), gedurende maximaal 12 maanden. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling;
- maximaal 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose (gewrichtsslijtage) in heup of knie, gedurende maximaal 12 maanden. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of als *Lijst van aandoeningen fysio- en oefentherapie 2018* raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

lid 3 Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat – voor andere gevallen dan bedoeld in lid 2 – aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, kindfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.

Als na 9 behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal 9 extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar. De verzekerde moet – voor aanvang van de extra behandelingen – een verwijzing hebben van huisarts of medisch specialist.

lid 4 **Ergotherapie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.

lid 5 **Logopedie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Als het gaat om logopedie voor stotteren of afasie, preverbale logopedie of het Hänen ouderprogramma, dan moet de logopedist ingeschreven staan in het relevante register van de NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie). Als het gaat om het Hänen ouderprogramma moet de logopedist ook voldoen aan het Hänen protocol van de NVLF.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs zoals de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.

lid 6 **Diëtetiek**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

Artikel 18 Mondzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van mondzorg zoals omschreven in dit artikel. Waarop u precies aanspraak heeft, hangt af van uw leeftijd en van de vraag of er sprake is van een bijzondere situatie. Bent u jonger dan 18 jaar, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 4. De aanspraak tot 23 jaar bij ontbreken van elementen is omschreven in lid 5. Bent u 18 jaar of ouder, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 6. De aanspraak in bijzondere situaties geldt ongeacht uw leeftijd en is omschreven in lid 7.

Er kan een eigen bijdrage gelden. Zie hiervoor lid 6 en 7.

Soms is een advies of toestemming vooraf vereist. Zie daarvoor lid 2 en 3.

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
2. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. Een kaakchirurg verleent de zorg;
3. verblijf in een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren), inclusief de kosten van verpleging en verzorging. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

lid 2 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een positief schriftelijk advies van de huisarts of de medisch specialist vereist. Dit advies moet u meesturen als u de nota's bij de zorgverzekeraar declareert. Als de zorgverlener rechtstreeks declareert, moet u dit advies op verzoek van de zorgverzekeraar overleggen.

lid 3 Toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist voor vergoeding van de kosten van:

1. zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
2. mondzorg als bedoeld in lid 4, 5 of 6, als deze in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt;
3. mondzorg als bedoeld in lid 4 als deze plaatsvindt onder volledige narcose;
4. mondzorg als bedoeld in lid 5;
5. mondzorg in bijzondere situaties (lid 7);
6. een volledige conventionele prothetische voorziening – inclusief techniekkosten –, als deze kosten hoger zijn dan:
 - € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
 - € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.
7. de vervanging van een volledige conventionele prothetische voorziening als de huidige nog geen 5 jaar oud is;
8. een volledige implantaatgedragen gebitsprothese inclusief het bijbehorende vaste gedeelte van de suprastructuur (steg of drukknoppen) en toeslagen;
9. het repareren of rebasen van een volledige implantaatgedragen gebitsprothese.

Bij uw aanvraag moet u een schriftelijke motivering van de zorgverlener, een behandelplan en een begroting bijvoegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

lid 4

Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, of meerdere keren uitsluitend als dat om tandheelkundige redenen noodzakelijk is;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie als minimaal één element van het blijvende gebit doorgebroken is, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een beschermlaag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
13. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

De (meer)kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijken worden alleen vergoed als het verlenen van die zorg in redelijkheid niet kon worden uitgesteld.

lid 5

Mondzorg voor verzekerden jonger dan 23 jaar

Als u jonger bent dan 23 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die in het geheel niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval. Daarnaast moet de noodzaak van deze zorg zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

lid 6

Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;
2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese), al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige implantaatgedragen prothese behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
3. reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening. Rebasen is het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak geldt een eigen bijdrage van:

- 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.

Bij reparatie en rebasen geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten.

lid 7

Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

Voor een verzekerde van 18 jaar en ouder geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor een bevestiging van een volledige uitneembare prothese.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties de kosten van orthodontische zorg alleen als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

1. de geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.
2. de geneesmiddelen – onder de voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen.

Onder rationale farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
4. terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
- f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2

De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan dit ook een diëtist zijn. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts. Een dieetpreparaat kan ook geleverd worden door een gespecialiseerde leverancier.

De kosten van een geneesmiddel en de dieetpreparaten opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen tijdens het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op www.wetten.nl of opvragen bij het PNO Service Center.

Afleverhoeveelheden

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een geneesmiddel voor:

- a. 15 dagen, bij een voor u nieuwe medicatie;
- b. 15 dagen, bij antibiotica voor bestrijding van een acute aandoening of bij cytostatica (middelen voor chemotherapie);
- c. maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica (slaapmiddelen) en anxiolytica (middelen die angst verminderen);
- d. maximaal één jaar, bij orale anticonceptiva;
- e. maximaal één maand, bij de eerste uitgifte van geneesmiddelen waarvan de kosten meer dan € 1.000,- per maand bedragen gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden);
- f. maximaal één maand bij hypnotica en anxiolytica;
- g. maximaal één maand in overige gevallen.

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën dan geldt de kortste periode.

lid 3

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:

1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
2. lijdt aan een voedselallergie, of
3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

lid 4

Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree,

middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.

Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers – inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten – als deze in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen en als u daarop bent aangewezen voor chronisch gebruik. In dat geval moet de behandelend arts op het herhaalrecept aangeven dat u langer dan 6 maanden op het middel bent aangewezen en dat het is voorgeschreven voor behandeling van een chronische aandoening. Hiervoor wordt de aanduiding ‘C.G.’ gebruikt. De apotheek vermeldt dit weer op de nota.

lid 5

Eigen bijdrage

De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de in rekening gebrachte prijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.

lid 6

Toestemming

Voor vergoeding van een aantal middelen is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Een verzoek tot toestemming is voorzien van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts. De zorgverzekeraar kan bij de toestemming bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.

Voorafgaande toestemming is vereist voor de volgende middelen:

- a. de geneesmiddelen bedoeld in lid 1 onder 2b en 2c van dit artikel;
- b. de dieetpreparaten bedoeld in lid 1 onder 3 van dit artikel;
- c. een aantal geneesmiddelen uit bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Een overzicht van deze geneesmiddelen en meer informatie over de aanvraagprocedure kunt u vinden in het document *Toestemming geneesmiddelen 2018*. Een actuele versie van dit document kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

De zorgverzekeraar vergoedt eenmaal per kalenderjaar medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik zonder toestemming vooraf. Voor vergoeding van een tweede en volgende medicatiebeoordeling is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. U moet hiertoe tijdig een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts of apotheker bij de zorgverzekeraar indienen.

lid 7

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:

- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
- niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
- de eigen bijdrage volgens lid 5;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
- geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend of waarmee nog klinische proeven gaande zijn.

lid 8 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de hierna beschreven voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen, voor zover u voldoet aan de daarbij vermelde voorwaarden. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar ook andere geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2018* staan alle voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen vermeld. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

Fampyra voor volwassen patiënten met multiple sclerose (MS)

Bij MS-patiënten van 18 jaar en ouder en een score van 4 tot en met 7 op de Expanded Disability Status Scale (EDSS) kan voor verbetering van het loopvermogen het geneesmiddel Fampyra worden ingezet. Tot 1 april 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van Fampyra voor zover u deelneemt aan het landelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit geneesmiddel. Dezelfde vergoedingsregeling geldt ook voor zover u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het bedoelde hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht, als:

- u wel aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet aan de andere criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek voldoet,
- u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek is voltooid.

Artikel 20 Hulpmiddelenzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het *Reglement Hulpmiddelen 2018* van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het *Reglement Hulpmiddelen 2018* zijn ook de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

lid 2 Waar dit blijkt uit het *Reglement Hulpmiddelen 2018* is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.

lid 3 De kosten van normaal gebruik - zoals kosten van energiegebruik en batterijen - worden niet vergoed, behalve als het *Reglement Hulpmiddelen 2018* anders bepaalt.

lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig luxe uitgevoerd of onnodig gecompliceerd. Er bestaat in principe geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening. Om de werkplek voor een slechthorende aan te passen kunnen persoonlijke hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie hierop een uitzondering vormen. De voorwaarden daarvoor zijn opgenomen in het *Reglement Hulpmiddelen 2018*.

lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.

lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen ingezet in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, maken in sommige gevallen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Zij vallen dan niet onder deze vergoeding, maar worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Hierbij is het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg*

en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2 van het CVZ – inmiddels: Zorginstituut Nederland – leidend. Dit rapport kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

Als u verblijft en behandeld wordt in een Wlz-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder dit artikel. De vergoeding valt dan onder de aanspraken van de Wlz.

lid 7 Op dit moment zijn alleen nog geneesmiddelen en behandelingen voorwaardelijk toegelaten. De Minister kan echter – ook in de loop van het kalenderjaar – hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten. In de toelichting *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2018* worden de voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen vermeld. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

Artikel 21 Ambulancevervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer – per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto – om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer. Als de zorgverzekeraar u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten – geheel of gedeeltelijk – gedekt zijn door de Basisverzekering;
- naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de Wlz;
- als u jonger bent dan 18 jaar: naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de gemeente komen;
- vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de Wlz;
- vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese – geheel of gedeeltelijk – gedekt is volgens de Wlz;
- van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 22 Zittend ziekenvervoer

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u vooraf toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde zorgverlener geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Niet vergoed worden kosten van vervoer van een begeleider als u zelf niet meereist, bijvoorbeeld als u bent opgenomen en de begeleider reist alleen terug.

- lid 3** Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,30 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.
- lid 4** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 21, lid 2 a, b, d, e en f als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - u jonger bent dan 18 jaar en u bent aangewezen op verpleging en verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7.
- lid 5** In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurende ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6** Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling. Uitzondering hierop vormt vervoer in verband met dagbesteding die onderdeel uitmaakt van een langdurig op behandeling gericht verblijf in een ggz-instelling. De kosten daarvan worden vergoed volgens artikel 24.
- lid 7** Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 101,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de Basisverzekering of de Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn door de Basisverzekering of Wlz;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt door de Wlz.
- lid 8** De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vergoeding van de vervoerskosten van 2 begeleiders.
- lid 9** De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).
- lid 10** Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 23 Generalistische basis-ggz

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van generalistische basis-ggz zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.

De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken

zijn, werken zij onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.

De regiebehandelaar ggz is:

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
- BIG-geregistreerd psychotherapeut;
- BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
- als regiebehandelaar aangewezen binnen de betreffende experimenteerruimte ggz.

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist-ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Een psychiater of klinisch psycholoog is altijd beschikbaar voor advies of consultatie. Een internetprogramma kan deel uitmaken van het behandeltraject.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 2 U moet - voor aanvang van de zorg - een verwijzing hebben van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook verwijzen naar de generalistische basis-ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van het Algemeen gedeelte (deel I) van de Overeenkomst Basisverzekering. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2018*. U kunt dit overzicht opvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25. Voor vergoeding van kosten van behandeling van psychische klachten die een gevolg zijn van of samenhangen met een primair somatische (lichamelijke) aandoening geldt niet dit artikel, maar artikel 6.

lid 4 De kosten voor generalistische basis-ggz worden in rekening gebracht met een integrale prestatie basis-ggz.

Artikel 24 Gespecialiseerde ggz

lid 1 Opname in een ggz-instelling

Voor zover sprake is van op behandeling gerichte gespecialiseerde ggz bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van opname in een ggz-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging.

Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Als dagbesteding onderdeel uitmaakt van de behandeling vergoedt de zorgverzekeraar ook deze kosten en van het vervoer daar naartoe.

Toestemming vooraf

U heeft voorafgaande toestemming nodig van de zorgverzekeraar:

1. als u wordt opgenomen in een ggz-instelling in verband met een diagnose uit één van de volgende diagnosegroepen: aan alcohol gebonden stoornissen, overige aan een middel gebonden stoornissen of eetstoornissen. Bij acute zorg moet u de toestemming binnen de eerste behandelmaand (laten) aanvragen. De aanvraag moet voorzien zijn van een gemotiveerde schriftelijke toelichting en moet bepaalde onderdelen bevatten. Voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of www.pnozorg.nl/brochures raadplegen.
2. als het verblijf (ongeacht de diagnose) langer duurt dan 365 dagen. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde schriftelijke aanvraag op basis van de *Checklist Lggz* in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar. Uw behandelaar kan u hierover informeren. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

lid 2

Gespecialiseerde ggz

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz.

De zorgverzekeraar vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 3

De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken zijn, moeten zij werken onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.

De regiebehandelaar ggz is:

- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
- BIG-geregistreerd psychotherapeut;
- BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
- BIG-geregistreerd psychiater.

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist-ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Bij een klinische opname is de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog. Die kan wel met uw ambulante regiebehandelaar afspreken dat die laatste ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 4 Voor gespecialiseerde ggz – met of zonder opname – moet u – voor aanvang van de zorg – een gerichte verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. Als u onder behandeling bent in de generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

lid 5 De aanvraag kunt u toesturen ter attentie van onze medisch adviseur. De informatie wordt dan uitsluitend door onze medisch adviseur ingezien en beoordeeld.

Als u gebruik maakt van de privacyverklaring ggz gelden de betreffende voorwaarden voor het niet vermelden van tot de diagnose herleidbare gegevens.

lid 6 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van niet- of laag complexe psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz kunnen worden behandeld;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van het Algemeen gedeelte (deel I) van de Overeenkomst Basisverzekering. Dat geldt ook voor zorg die in het buitenland wordt geleverd. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2018*. U kunt dit overzicht opvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Artikel 25 Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert de zorgverzekeraar u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of www.pnozorg.nl/buitenland raadplegen.

lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel II genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in deel I (Algemeen gedeelte), artikel 2, lid 3 van de Overeenkomst Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het PNO Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting *Grens aan zorg in het buitenland 2018*. U kunt deze toelichting aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures.

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

- lid 3** Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.
- lid 4** Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met PNO Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).
- lid 5** De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 26 Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.



Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2018

III.Zorgdiensten PNOzorg

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

III. Zorgdiensten PNOzorg

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	61
Zorgbemiddeling	61
Medisch-specialistische behandeling	61
PNO Kraamzorg Service	61
Taxivervoer	62
PNO Zorgassistance	62
Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval	62

Overeenkomst Basisverzekering

III. Zorgdiensten PNOzorg

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De PNO ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor informatie over het Zvw-pgb en het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtl)ijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

U kunt via de PNO ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel - genoeg - kunt krijgen, kunt u de PNO ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De PNO ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten.

Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de PNO ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

De PNO ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- de zorgverzekeraar werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch specialisten. Op uw verzoek verstrekt de PNO ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch specialist;
- op uw verzoek bemiddelt de PNO ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag) behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang worden niet door de Basisverzekering gedekt.

De zorgverzekeraar voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. De zorgverzekeraar stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

PNO Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel II van de Overeenkomst Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met de PNO Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.pnozorg.nl/zorgadvies/kraamzorg.

PNO Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U moet de kraamzorg minimaal 4 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen. PNO Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 07.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 22 van deel II van de Overeenkomst Basisverzekering. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

PNO Zorgassistance


Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u contact (laten) opnemen met PNO Zorgassistance. Daarbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

PNO Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 71.

Informatie over het verhaal van letselschade na een ongeval

Als u betrokken bent geweest bij een ongeval en daardoor financiële schade heeft geleden, kan de veroorzaker van het ongeval aansprakelijk zijn voor die schade. De aanvullende verzekeringen van PNOzorg bieden in bepaalde gevallen dekking voor de kosten van het verhaal van letselschade op de aansprakelijke derde. Heeft u geen aanvullende verzekering, dan kan de zorgverzekeraar u informatie verstrekken over het verhaal van schade door bijvoorbeeld een advocaat of schaderegelingsbureau.

PNOzorg Verhaalszaken is bereikbaar op telefoonnummer 030 639 62 64 en staat u graag te woord.



Overeenkomst
aanvullende verzekering
PNOzorg 2018

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomsten aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Toepasselijkheid Algemene bepalingen voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1 65

Begripsomschrijvingen

Artikel 2 65

Overige bepalingen

Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering 67

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering 67

Artikel 5 Verzwijging 67

Artikel 6 Toeslagen 67

Artikel 7 Geschillen 68

Artikel 8 Uitsluitingen 68

Overeenkomst aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Toepasselijkheid bepalingen Basisverzekering voor de aanvullende verzekeringen

Artikel 1

De bepalingen hieronder zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering(en). De bepalingen van het Algemeen gedeelte van de Overeenkomst Basisverzekering (deel I) zijn ook van toepassing op de aanvullende verzekering(en), als zonder de betreffende bepaling het onderwerp niet zou zijn geregeld. De volgende bepalingen daarvan zijn echter nooit van toepassing op de aanvullende verzekering(en):

- artikel 2, lid 1 en lid 2;
- artikel 6, lid 2;
- artikel 7, lid 2;
- artikel 9, lid 1, als sprake is van gezondheidsvragen bij de acceptatieprocedure voor de betreffende aanvullende verzekering.

Begripsomschrijvingen

Artikel 2

Aanvullende verzekering

Alle verzekeringen behalve de Basisverzekering PNOzorg.

Alternatieve geneeswijzen

Door de reguliere geneeskunde niet-erkende behandelingen of onderzoeksmethoden gericht op genezing of behandeling van een ziekte. Het wetenschappelijk bewijs van de werkzaamheid ontbreekt volgens de reguliere geneeskunde.

Behandelaar

Een zorgverlener die volwaardig lid is van een door de zorgverzekeraar voor de verleende zorg erkende beroepsorganisatie. Een behandelaar moet beschikken over medische en psychosociale basiskennis volgens de *PLATO-eisen*. Informatie over de *PLATO-eisen* staat in het document *PLATO-eisen*. Een overzicht van de erkende beroepsorganisaties en het document *PLATO-eisen* kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl/brochures. De door de behandelaar verleende zorg dient gebruikelijk te zijn in de beroepsgroep. De officiële of de binnen een beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven bepalen het uit te keren bedrag. Normtarieven van een beroepsorganisatie zijn leidend.

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen.
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen.

Hospice

Een verblijfshuis dat ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven begeleidt en verzorgt door de inzet van zorgverleners en vrijwilligers. De hospice dient een Wlz-toelating te hebben.

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging als de wetenschap dit voldoende beproefd en deugdelijk vindt en de zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch is.

Niet Geneesmiddel

Middel dat niet onder de Geneesmiddelenwet valt en dat in de G-standaard van Z-index de registratie Niet Geneesmiddelen (NG) heeft.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

Onvoorziene zorg

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandeling die geen enkel uitstel toelaat omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

PNOzorg

ONVZ Aanvullende Verzekering NV., gevestigd aan De Molen 66 in Houten.

Pedicure

De pedicure zoals omschreven in deel I van de Overeenkomst Basisverzekering of een pedicure met de specialisatie Reumatische Voet en ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures.

Podoposturaal therapeut

Een podoposturaal therapeut die zo is geregistreerd in het kwaliteitsregister van KABIZ.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Psychosomatisch fysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Registerpodoloog

Een registerpodoloog die zo is geregistreerd in het kwaliteitsregister van KABIZ.

Reisgenoot

De persoon met wie verzekerde samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland en waarmee voorafgaand aan vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band bestond.

Ziekenvervoer

Vervoer dat om medische redenen niet met openbaar vervoer kan plaatsvinden. Dit vervoer vindt plaats vanwege medisch onderzoek of medische behandeling.

Zorgverzekering

Een tussen de verzekeringnemer en een verzekeraar gesloten verzekering voor geneeskundige zorg – ten behoeve van een verzekeringsplichtige – volgens de Zorgverzekeringswet.

Overige bepalingen

Artikel 3 Grondslag van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
1. het aanvraagformulier;
 2. gegevens die door u of de verzekeringnemer afzonderlijk zijn verstrekt en ook – als de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst – de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 2 U ontvangt een bewijs van de aanvullende verzekering (polis).
- lid 3 U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak.

Artikel 4 Begin en einde van de aanvullende verzekering

- lid 1 Als u verhuist naar een land buiten Nederland en niet meer verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of een ziektekostenverzekering in uw woonland, beëindigt PNOzorg de aanvullende verzekering(en). PNOzorg kan een internationale verzekering aanbieden als aan de voorwaarden wordt voldaan.
- lid 2 Een collectiviteitkorting op de premie vervalt, als niet meer wordt voldaan aan de collectieve verzekeringsovereenkomst.
- lid 3 Als de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) beëindigd wordt, beëindigt PNOzorg de aanvullende verzekering van de kinderen op de beëindigingsdatum van de aanvullende verzekering van de ouder(s)/verzorger(s).
- Als in plaats van de beëindigde verzekering van de ouder(s)/verzorger(s) een verzekering wordt gesloten die minder dekking biedt, wordt de aanvullende verzekering van de kinderen per de ingangsdatum van bedoelde verzekering beëindigd. Naar keuze van verzekeringnemer kan worden gekozen voor een verzekering met dezelfde dekking als voor de ouder/verzorger. De ingangsdatum van de verzekering voor de kinderen moet gelijk zijn aan die voor de ouder(s)/verzorger(s) en bedoelde keuze moet worden gemaakt binnen een maand na de ingangsdatum van de verzekering voor de ouder(s)/verzorger(s).
- lid 4 Bij fraude zoals omschreven in artikel 4 van het Algemeen gedeelte van de Overeenkomst Basisverzekering (deel I), kan PNOzorg de eventuele aanvullende verzekering(en) beëindigen die zijn gesloten voor degene die heeft gefraudeerd, op een door PNOzorg te bepalen tijdstip.

Artikel 5 Verzwijging

- lid 1 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om PNOzorg te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van een verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.
- lid 2 PNOzorg kan de verzekering beëindigen, als bij kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten of als PNOzorg is misleid.

Artikel 6 Toeslagen op de premie

- lid 1 Als in het land waar u of de verzekeringnemer woont een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt PNOzorg een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.


- lid 2 PNOzorg brengt een jaarlijks te bepalen toeslag op de premie in rekening, als een aanvullende verzekering is gesloten, niet in combinatie met de Basisverzekering. De toeslag staat in de premietabel, die deel uitmaakt van de voorwaarden van deze verzekering.

Artikel 7 Geschillen

In aanvulling op artikel 10 van deel I (Algemeen gedeelte) van de Overeenkomst Basisverzekering geldt dat het advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ op uw verzoek of dat van de verzekeringnemer ook niet bindend kan zijn. Dit moet voor het begin van de procedure kenbaar worden gemaakt.

Artikel 8 Uitsluitingen

- lid 1
1. Samenloop
Deze verzekering biedt geen dekking als – zou deze verzekering niet bestaan – aanspraak gemaakt kan worden of zou kunnen worden gemaakt op vergoeding volgens een andere verzekering – al dan niet van een oudere datum – of volgens een wettelijke regeling.
 2. Excedent
Als aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding volgens een andere verzekering, al dan niet van een oudere datum of volgens een wettelijke regeling, is de dekking die deze verzekering biedt een excedent dekking.
- lid 2
- Naast de uitsluitingen van artikel 12, lid 1, onder 6, 7, 9, 11, 12 en 13 en lid 2 van het Algemeen gedeelte van de Overeenkomst Basisverzekering (deel I) bestaat geen aanspraak op vergoeding van:
1. door u of de verzekeringnemer verschuldigde eigen bijdragen of eigen risico's volgens een (buitenlandse) wettelijke regeling, behalve de eigen bijdragen gedekt door de aanvullende verzekering;
 2. kosten die niet vergoed worden volgens een natura zorgverzekering – of een variant met een naturadekking – als een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener de zorg naar verwachting tijdig kan verlenen en er is gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener;
 3. kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij PNOzorg hiervoor toestemming heeft verleend;
 4. kosten van schade door terrorisme als u geen Nederlands ingezetene bent.



Overeenkomst aanvullende verzekering PNOzorg 2018

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Prestatiewijze en dekking	71
Artikel 2	Pakketwijziging	71

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Prestatiewijze en dekking

PNOzorg vergoedt de kosten van zorg zoals aangegeven in de PNOzorg Vergoedingswijzer.

Artikel 2 Pakketwijziging

lid 1 De verzekeringnemer kan met ingang 1 januari van ieder volgend jaar een andere aanvullende verzekering kiezen. Hierbij kan een acceptatieprocedure gelden. Een verzoek voor het wijzigen van de aanvullende verzekering moet worden ingediend vóór het kalenderjaar ingaat of uiterlijk 30 dagen nadat de gewijzigde polisvoorwaarden voor het nieuwe kalenderjaar zijn ontvangen.

lid 2 Als u 18 jaar wordt, kan de verzekeringnemer de verzekering wijzigen met ingang van de eerste dag van de maand volgend op uw 18^e verjaardag. Hierbij kan een acceptatieprocedure gelden. Een gekozen tandartsverzekering gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Een verzoek tot wijziging moet uiterlijk binnen 30 dagen na uw 18^e verjaardag zijn ontvangen.

lid 3 Bij pakketwijziging zoals bedoeld in lid 1 en 2 geldt het volgende. Een vergoeding volgens een andere aanvullende verzekering bij PNOzorg wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de betreffende aanspraak volgens de gekozen verzekering.

Voorbeeld

U heeft een PNO Standaard en u heeft in het huidige kalenderjaar een bril aangeschaft waarvoor PNOzorg € 100,- heeft vergoed. Wanneer u de verzekering wijzigt in een PNO Extra, dan heeft u voor het huidige en volgende kalenderjaar samen nog recht op een vergoeding van € 50,- voor een (volgende) nieuwe bril.

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