

Wijzigingsoverzicht PNOzorg basisverzekering 2018

Hieronder hebben wij de belangrijkste wijzigingen in de basisverzekering per 1 januari 2018 voor u op een rij gezet. Per wijziging is aangegeven wat dit voor u kan betekenen.

| Onderwerp | Wijziging | Wat wijzigt er voor u | Overeenkomsten |
|---|--|---|--|
| Eigen risico | De overheid heeft het eigen risico gelijk gehouden. | Het verplicht eigen risico blijft in 2018 net als in 2017 385 euro. | Deel II, artikel 2 lid 1 |
| Eigen bijdragen | De wettelijke eigen bijdragen zijn ook dit jaar aangepast. | Voor enkele hulpmiddelen, geboortezorg en zittend ziekenvervoer, zijn de eigen bijdragen gewijzigd. In het overzicht Eigen bijdragen 2018 vindt u meer informatie of neem contact op met ons Service Center. Bekijk de wijzigingen | Deel II, artikel 8 lid 3, artikel 22 lid 3, artikel 22 lid 7 en het Reglement Hulpmiddelen |
| Anticonceptie | Plaatsen van een spiraaltje kan voortaan ook door de verloskundige. | Als u een spiraaltje wilt laten plaatsen, kon u dat altijd laten doen door de huisarts of medisch specialist. Vanaf 1 januari 2018 vergoedt de Basisverzekering ook als de verloskundige het spiraaltje plaatst. | Dit vindt u niet direct terug in uw voorwaarden, zoals ook het plaatsen van een spiraaltje door de huisarts niet beschreven staat. |
| Geestelijke gezondheidszorg: opname | Strengere eisen aan regiebehandelaar bij opname. In 2018 moet de regiebehandelaar bij opname in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog zijn. Alleen in uitzonderingsgevallen kan hiervan worden afgeweken. | Als u behandeld wordt in de ggz krijgt u altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose en maakt daarna samen met u een behandelplan. Hij kan andere behandelaren inzetten. Als u wordt opgenomen, moet een psychiater of klinisch psycholoog die regie gaan voeren. | Deel II, artikel 24 lid 3 |
| Geestelijke gezondheidszorg: verwijzing | Er is geen nieuwe verwijzing (meer) nodig bij door- of terugverwijzing tussen de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz bij dezelfde zorgvraag. | Als u behandeld wordt in de generalistische basis-ggz en uw behandelaar vindt dat u beter behandeld kunt worden in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw behandelaar u zelf doorverwijzen. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts. Ook andersom is geen nieuwe verwijzing nodig. | Deel II, artikel 23 lid 2 en artikel 24 lid 4 |

| Onderwerp | Wijziging | Wat wijzigt er voor u | Overeenkomsten |
|--|---|---|--------------------------------|
| Mondzorg: kunstgebit (gebitsprothese) | Voor vervanging binnen 5 jaar van een kunstgebit is vooraf toestemming nodig. Voor een implantaatgedragen prothese (ook rebasen en repareren) is altijd toestemming vooraf nodig. | Voor vervanging van een kunstgebit (binnen 5 jaar) is toestemming vooraf nodig. Een prothese op implantaten moet altijd vooraf aangevraagd worden, ook de reparatie of het rebasen ervan. | Deel II, artikel 18 lid 3 |
| Mondzorg: algehele narcose | Voor volledige narcose bij behandeling door de tandarts is toestemming vooraf nodig. | Als u voor een behandeling bij de tandarts gebruik wilt maken van een algehele narcose, dan vergoedt de basisverzekering de kosten alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. | Deel II, artikel 18 lid 3 |
| Fysiotherapie: indicatie artrose | De overheid heeft de aanspraak fysiotherapie vanaf 18 jaar uitgebreid voor de indicatie artrose in knie en/of heup. | Als u 18 jaar of ouder bent en artrose heeft in knie en/of heup, dan vergoedt de basisverzekering uw fysiotherapie. U krijgt vanaf de eerste behandeling maximaal 12 behandelingen oefentherapie vergoed in een periode van maximaal 12 maanden. | Deel II, artikel 17 lid 2 |
| Farmaceutische zorg: doorgeleverde apotheekbereidingen | Jaarlijkse aanpassing van de lijst van doorgeleverde apotheekbereidingen. | Als u in 2018 gebruik maakt van een doorgeleverde apotheekbereiding kunt u in het <i>Overzicht wijzigingen apotheekbereidingen</i> nagaan of de vergoeding is gewijzigd. | |
| Farmaceutische zorg: afleverhoeveelheden | Aanpassing van de afleverhoeveelheid voor geneesmiddelen tussen de 500 en 1.000 euro per maand. | In 2017 werd voor maximaal een maand meegegeven als de kosten hoger waren dan € 500. In 2018 verhogen wij de grens naar € 1000 per maand. De eerste uitgifte krijgt u voor maximaal een maand mee. Als u goed ingesteld bent mag de apotheek de geneesmiddelen voor 3 maanden meegeven. | Deel II, artikel 19 lid 2 |
| Kraamzorg: eigen bijdrage | De overheid heeft bepaald dat de eigen bijdrage kraamzorg niet geldt voor de partusassistentie. | Op de kosten voor partusassistentie wordt geen eigen bijdrage meer ingehouden. Partusassistentie is de ondersteuning van de verloskundige of huisarts door een verpleegkundige of kraamverzorgster tijdens een thuisbevalling. | Deel II, artikel 8 lid 3 sub c |
| Verpleging en verzorging | Overheveling van de (geneeskundige) verzorging voor kinderen, vanuit de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet. | Alle verpleging en verzorging voor kinderen tot 18 jaar valt nu onder de basisverzekering. | Deel II, artikel 7 lid 1 |

| Onderwerp | Wijziging | Wat wijzigt er voor u | Overeenkomsten |
|--|--|---|---------------------------|
| Zittend ziekenvervoer: immuuntherapie | De overheid heeft de aanspraak zittend ziekenvervoer uitgebreid. Deze geldt ook als u immuuntherapie ondergaat. | De basisverzekering vergoedt zittend ziekenvervoer als u een behandeling met immuuntherapie moet ondergaan (naast behandelingen met chemotherapie en radiotherapie). | Deel II, artikel 22 lid 4 |
| Zittend ziekenvervoer: verduidelijking | Verduidelijking dat de vergoeding van de kosten van ziekenvervoer met de auto beperkt is tot de gereden kilometers waarbij de zieke verzekerde ook daadwerkelijk in de auto zit. | Als u wordt opgenomen en bijvoorbeeld door uw partner naar het ziekenhuis gebracht moet worden, dan vergoedt de basisverzekering kosten van de heenreis. Voor de terugreis van uw partner naar huis geldt de vergoeding niet. Wij hebben dit nu duidelijker aangegeven. | Deel II, artikel 22 lid 2 |
| Zintuiglijk gehandicaptenzorg | Er is geen nieuwe verwijzing nodig bij een eenvoudige zorgvraag waarbij de stoornis niet veranderd is. | Als u al eerder verwezen en behandeld bent voor zintuiglijk gehandicaptenzorg en u daarna weer een eenvoudige, kort te behandelen zorgvraag hebt zonder dat uw aandoening echt veranderd is, dan hoeft u daarvoor niet opnieuw een verwijzing te halen. | Deel II, artikel 9 lid 3. |