

Wijzigingsoverzicht basisverzekering 2019 PNOzorg

In dit overzicht staan de wijzigingen in de basisverzekering per 1 januari 2019. We noemen alleen de wijzigingen die de voorwaarden voor uw verzekering echt veranderen. Per wijziging is aangegeven waarom de wijziging is doorgevoerd en wat dit voor u kan betekenen. Daarnaast zijn de polisvoorwaarden van PNOzorg tekstueel gewijzigd om de leesbaarheid hiervan te verbeteren.

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Akte van cessie	Vanaf 1 januari 2019 kunt u niet meer zonder onze toestemming uw recht op vergoeding van zorgkosten aan iemand anders overdragen via een zogenaamde akte van cessie. Ook kunt u dat recht niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen. Wij vinden het belangrijk dat u de nota voor verzekerde kosten zelf te zien krijgt, als u naar een zorgverlener gaat, met wie wij geen afspraken hebben.	Met een akte van cessie of verpanding kan uw zorgverlener de nota voor uw behandeling rechtstreeks bij ons indienen en moeten wij aan hem betalen. Voor behandelingen vanaf 1 januari 2019 accepteren wij zo'n akte van cessie of verpanding niet meer. Zo kunt u de kosten van behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgverlener controleren en vervolgens bij ons declareren. Wij betalen dan aan u uit.	Algemene regels (nr. 21)
Tussentijdse opzegging	Er is een reden toegevoegd om tussentijds de basisverzekering te mogen opzeggen: U mag binnen 6 weken de zorgverzekering opzeggen als wij medische gegevens van u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren.	In principe loopt uw zorgverzekering ieder jaar van 1 januari tot en met 31 december. Er waren al 4 redenen om in de loop van het jaar, de zorgverzekering te kunnen opzeggen. Daar is nu een 5 ^e reden aan toegevoegd, die te maken heeft met bescherming van gegevens in uw elektronisch patiëntendossier. U moet erop kunnen vertrouwen dat wij nooit medische gegevens zullen bekijken die niet voor ons bestemd waren.	Algemene regels (nr. 63)

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Eigen risico	De overheid heeft het eigen risico gelijk gehouden.	Het verplicht eigen risico blijft in 2019 net als in 2018 € 385.	<u>Algemene regels</u> (nr. 27)
Eigen bijdragen	De wettelijke eigen bijdragen zijn ook dit jaar aangepast.	Voor geneesmiddelen, hulpmiddelen, mondzorg, geboortezorg en zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage. De eigen bijdragen voor 2019 vindt u op onze <u>website</u> . U kunt natuurlijk ook contact opnemen met ons Service Center.	<u>Eigen bijdragen</u>
Eigen bijdrage geneesmiddelen	De overheid heeft maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten tegen te gaan. Zo kunt u vanaf 1 januari 2019 nog maximaal € 250 kwijt zijn aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Als het totaal hoger uitvalt, vergoedt de basisverzekering de meerkosten. Maar let op: deze meerkosten vallen dan wel onder uw eigen risico! Als de zorgverzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het maximale bedrag berekend op basis van het aantal dagen dat uw zorgverzekering loopt.	Als u geneesmiddelen gebruikt, waarvoor een hoge eigen bijdrage geldt, kan die eigen bijdrage in 1 kalenderjaar oplopen tot boven de € 250. In 2019 vergoedt de basisverzekering de kosten boven € 250. Daarvoor geldt wel het eigen risico. Heeft u een aanvullende verzekering, dan vergoedt deze mogelijk wel de eigen bijdrage tot € 250, maar niet het eigen risico. Hoe werkt dit? ¹	Geneesmiddelen basisverzekering en <u>Algemene regels</u> (nr. 27 en 34)
Geneesmiddelen (zelfzorgmiddelen)	Vanaf 1 januari 2019 vergoedt de basisverzekering geen paracetamol, vitaminen en mineralen meer die in de vrije verkoop bij de apotheek of drogist te verkrijgen zijn.	Bent u vanwege een aandoening chronisch aangewezen op het gebruik van paracetamol, vitaminen of mineralen? En worden die in 2018 uit de basisverzekering vergoed? Dan moet u deze middelen vanaf 1 januari 2019 zelf betalen als ze ook zonder recept bij apotheek of drogist te koop zijn. Heeft u een aanvullende verzekering Optimaal of hoger? Dan vergoedt deze de middelen vanaf 1 januari 2019 wel als het gaat om geregistreerde (zelfzorg)geneesmiddelen.	Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Geneesmiddelen (doorgeleverde apotheekbereidingen)	Jaarlijkse aanpassing van de lijst van doorgeleverde apotheekbereidingen.	Heeft u in 2018 een doorgeleverde apotheekbereiding gebruikt? En heeft u die in 2019 ook nog nodig? Dan kunt u in het overzicht <u>doorgeleverde (apotheek)bereidingen 2018-2019</u> nagaan of de vergoeding is gewijzigd. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center.	Geneesmiddelen basisverzekering
Gecombineerde leefstijlinterventie (gli)	Een gecombineerde leefstijlinterventie (gli) is een programma voor volwassenen met overgewicht. Het programma bestaat uit advies en begeleiding voor gezondere voeding en eetgewoontes, meer bewegen en gedragsverandering. Vanaf 2019 vergoedt de basisverzekering deze gli. Voor deze vergoeding geldt geen eigen risico. Hiermee komt het programma voor gezonde leefstijl <i>Beter Eten</i> (waarvoor het eigen risico ook niet gold) te vervallen.	Heeft u overgewicht? En daardoor een groter risico op ziekte? Dan kan uw huisarts of medisch specialist u vanaf 1 januari 2019 verwijzen voor een gli. U krijgt dan een begeleider om zelf te werken aan een verandering van uw gewoontes in bijvoorbeeld eten en bewegen. De basisverzekering vergoedt deze begeleiding. U betaalt daarover geen eigen risico.	Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht
Medisch-specialistische zorg	Soms is het effect van een (nieuwe) behandeling nog onvoldoende wetenschappelijk aangetoond. Dan vergoedt de basisverzekering de behandeling alleen als deze voor een bepaalde onderzoeksperiode voorwaardelijk wordt toegelaten. Voor 2 voorwaardelijk toegelaten behandelingen wordt deze onderzoeksperiode verlengd. Het gaat om borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie (AFT) en een nieuwe behandeling bij een bepaalde vorm van hernia (PTED bij lumbale hernia).	Als u een medisch-specialistische behandeling moet ondergaan waarvan de effectiviteit nog niet voldoende wetenschappelijk bewezen is, vergoedt de basisverzekering de kosten daarvan in principe niet. Voor sommige behandelingen geldt dat de basisverzekering wel vergoedt als u deelneemt aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling. Dat kan dan voor een bepaalde periode. Uw medisch specialist zal u in die gevallen altijd informeren over de behandeling en het wetenschappelijk onderzoek.	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Medisch-specialistische revalidatie	Vanaf 1 januari 2019 moet u soms vooraf toestemming vragen als u poliklinische interdisciplinaire revalidatie krijgt. Dat is revalidatie door een team van verschillende behandelaars, zonder dat u wordt opgenomen. Met veel zorgverleners hebben wij afspraken gemaakt over de revalidatie die vergoed wordt uit de basisverzekering. Als zij de zorg leveren, is voorafgaande toestemming niet nodig. Een overzicht van deze zorgverleners vindt u op onze website . Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan moet u ons om toestemming vragen voordat u aan de behandeling begint.	Start u in 2019 met intensieve revalidatie? En wordt u daarvoor niet opgenomen? Dan moet u misschien vooraf toestemming vragen. Dat moet als uw zorgverlener niet in het overzicht toestemmingsvrije revalidatiecentra staat. Krijgt u nu revalidatie en loopt het revalidatietraject door in 2019? Dan kunt u uw revalidatietraject zonder onze toestemming afmaken.	Revalidatie (medisch-specialistisch)
Fysiotherapie (indicatie COPD)	De overheid heeft de vergoedingsregeling voor fysiotherapie vanaf 18 jaar aangepast voor COPD (een langdurige blijvende longziekte met vernauwing van de luchtwegen). Voor ernstigere vormen van COPD (Gold klasse II of hoger) bestaat, afhankelijk van de ernst, recht op een (maximum) aantal behandelingen per 12 maanden. De basisverzekering vergoedt daarbij ook de eerste 20 behandelingen, die u in 2018 nog zelf moest betalen. Voor deze vergoeding geldt wel uw eigen risico.	Bent u 18 jaar of ouder? En heeft u een ernstige vorm van COPD? Dan vergoedt de basisverzekering uw fysiotherapie in 2019 vanaf de eerste behandeling. Hoeveel behandelingen de basisverzekering maximaal per jaar vergoedt, hangt af van de ernst van uw COPD. Uw behandelend arts stelt de ernst bij u vast. Maar let op: wij houden wel eigen risico in op de vergoeding van deze fysiotherapie.	Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Hulpmiddelen (algemeen)	Ook ons Reglement Hulpmiddelen hebben wij in een nieuw jasje gestoken. Waar u recht op heeft, is niet veranderd. Wel de manier waarop wij het hebben opgeschreven. En we hebben, zoals ieder jaar, enkele voorschriftvereisten en gebruikstermijnen geactualiseerd. Via de vergoeding Hulpmiddelen vindt u alle informatie die u nodig heeft.	Heeft u in 2019 een hulpmiddel nodig? Zoekt u dan niet meer naar een Reglement Hulpmiddelen. In de basisregels hulpmiddelen en de vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering vindt u voor de verschillende hulpmiddelen waar u recht op heeft, wat de maximale vergoeding is en wat u daarvoor moet doen. Komt u er niet uit? Neemt u dan contact op met ons Service Center. Wij helpen u graag.	Hulpmiddelen
Hulpmiddelen (verbandmiddelen)	Zorgverzekeraars hebben met elkaar een lijst opgesteld van verbandmiddelen (wondverband- en compressiehulpmiddelen) die de basisverzekering vanaf 1 januari 2019 niet meer vergoedt. Het gaat om middelen die vergelijkbaar zijn met zelfzorgmiddelen. Of middelen die alleen worden gebruikt bij een behandeling in een ziekenhuis en daarom onder de ziekenhuiskosten horen te vallen.	Heeft u in 2018 verbandmiddelen gebruikt? En heeft u deze in 2019 ook nog nodig? In het overzicht <u>verbandmiddelen</u> staan de verbandmiddelen die de basisverzekering niet meer vergoedt. Als uw verbandmiddel daartussen staat, moet u het vanaf 1 januari 2019 zelf betalen. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center. Heeft u een aanvullende verzekering Beter of hoger? Dan vergoedt deze de verbandmiddelen wel als u bij een arts in behandeling bent voor een huidaandoening of wond.	Verbandmiddelen

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Verpleging en verzorging	Vanaf 1 januari 2019 moet u soms vooraf toestemming vragen als u verpleging en verzorging krijgt. Met veel zorgverleners hebben wij afspraken gemaakt over de zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering. Als deze de zorg leveren, is voorafgaande toestemming niet nodig. Een overzicht van deze zorgverleners vindt u op onze website . Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan moet u ons om toestemming vragen.	<p>Gaat u in 2019 (opnieuw) gebruik maken van verpleging en verzorging? Dan moet u misschien vooraf toestemming vragen. Dat moet als uw zorgverlener niet in het overzicht toestemmingsvrije zorgverleners V&V staat.</p> <p>Maakt u nu gebruik van verpleging en verzorging en loopt die zorg door in 2019? En staat uw zorgverlener niet op dit overzicht? Dan is 2019 voor u een overgangsjaar. U hoeft geen toestemming te vragen voor 1 januari 2019. Wel kunnen wij u in de loop van 2019 benaderen voor de beoordeling van uw indicatie.</p>	Verpleging en verzorging
Mondzorg (kunstgebit)	Het bedrag waarboven u toestemming moet vragen voor een gebitsprothese (kunstgebit) wordt gelijkgetrokken voor de tandarts en de tandprotheticus (€ 650).	Bent u toe aan een (nieuw) kunstgebit? En heeft u geen implantaten? Dan moet u in 2019 vooraf toestemming vragen als het kunstgebit duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak. Het maakt daarbij niet uit of de tandarts of de tandprotheticus het kunstgebit plaatst.	Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar
Mondzorg (toestemming aanvragen)	Zorgverzekeraars hebben met elkaar en met de zorgverleners afspraken gemaakt over de mondzorg waarvoor toestemming vooraf nodig is. Wij hebben deze landelijke afspraken vanaf 1 januari 2019 ook in de Vergoedingen vastgelegd. Er zijn veranderingen voor kaakchirurgie. En in 2019 is toestemming nodig als de tandarts bij kinderen een uitgebreide röntgenfoto moet maken.	Bent u verwezen naar de kaakchirurg? Of bent u jonger dan 18 jaar en moet er bij de tandarts een kaakoverzichtsfoto worden gemaakt? Via Toestemming vragen kunt u nagaan in welke gevallen u vooraf toestemming bij ons moet vragen.	Tandheelkundige zorg tot 18 jaar Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Onderwerp	Wijziging per 1 januari 2019	Wat betekent dit voor u	Waar vindt u dit onderdeel
Zittend ziekenvervoer (nierdialyse, chemo-, radio- en immuuntherapie)	De overheid heeft de vergoeding voor zittend ziekenvervoer bij nierdialyse, chemo-, radio- en immuuntherapie per 1 januari 2019 uitgebreid. Deze geldt niet alleen als u naar de behandeling zelf gaat, maar ook als u naar consulten, controles of behandelingen gaat die met deze behandeling samenhangen.	Ondergaat u in 2019 chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie? Of krijgt u nierdialyse? Dan vergoedt de basisverzekering zittend ziekenvervoer. Dit geldt niet alleen als u voor de dialyse of therapie naar het ziekenhuis moet, maar ook als u consulten, controles of andere behandelingen krijgt die met de dialyse of therapie samenhangen.	Zittend ziekenvervoer

¹ Vanaf 2019 betaalt u nog maximaal € 250 per kalenderjaar aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Als u meer dan € 250 moet betalen, vergoedt de basisverzekering deze meerkosten. Dat valt dan wel onder uw eigen risico.

Voorbeeld 1

U heeft in 2018 en 2019 alleen een basisverzekering. U gebruikt het geneesmiddel Concerta (bijvoorbeeld bij ADHD). U betaalt daarvoor elke maand € 40 aan eigen bijdrage. In 2018 heeft u in totaal € 480 betaald aan eigen bijdragen. Voor 2019 geldt nog steeds een eigen bijdrage van € 40 per maand, maar omdat de jaarbijdrage is gemaximeerd, betaalt u nu zelf € 250. Uw basisverzekering vergoedt daarna de resterende € 230 aan eigen bijdragen. Als u verder geen zorgkosten maakt in 2019, vallen deze kosten echter onder uw verplicht eigen risico. U krijgt daarom van ons een nota voor deze € 230. De kosten die u zelf betaalt zijn uiteindelijk in 2018 en 2019 gelijk.

Voorbeeld 2

U heeft in 2018 een basisverzekering en een aanvullende verzekering Extra en 2019 een basisverzekering en een aanvullende verzekering Optimaal. U gebruikt het geneesmiddel Concerta (bijvoorbeeld bij ADHD). U betaalt daarvoor elke maand € 40 aan eigen bijdrage. In 2018 is uw eigen bijdrage in totaal € 480. Uw aanvullende verzekering Extra vergoedt deze eigen bijdrage tot maximaal € 300. U betaalt € 180 zelf. In 2019 geldt nog steeds een eigen bijdrage van € 40 per maand, maar de jaarbijdrage is gemaximeerd tot € 250. Deze € 250 wordt in 2019 vergoed door uw Optimaal. De basisverzekering vergoedt het resterende bedrag van € 230. Als u verder geen zorgkosten maakt in 2019, vallen deze kosten echter onder uw verplicht eigen risico. U krijgt daarom van ons een nota voor deze € 230. De aanvullende verzekering Optimaal vergoedt deze kosten niet. U moet in 2019 dus € 230 zelf betalen.