



Wijzigingen Basisverzekering met ingang van 1 januari 2012

Per 1 januari 2012 zijn er veranderingen in de Basisverzekering. Deze veranderingen in de dekking zijn door de overheid bepaald:

- [Eigen risico en eigen bijdrage](#)
- [Dieetadvisering](#)
- [Fysiotherapie en oefentherapie](#)
- [Geestelijke Gezondheidszorg](#)
- [Geneesmiddelen](#)
- [Hulpmiddelen](#)
- [Medisch specialistische zorg](#)
- [Revalidatie](#)
- [Stoppen-met-rokenprogramma](#)
- [Eigen bijdragen](#)
- [Voorwaardelijke toelating](#)

Eigen risico en eigen bijdrage

Het verplicht eigen risico wordt € 220 (in 2011 was het € 170).

Dieetadvisering

Dieetadvisering wordt niet meer vergoed (in 2011 was dat 4 behandelingen per kalenderjaar), behalve als de dieetadvisering onderdeel is van ketenzorg voor verzekerden met COPD, diabetes en/of CVR.

Fysiotherapie en oefentherapie

- Een aantal aandoeningen, waarvoor langdurige fysiotherapie en oefentherapie werd vergoed, zijn door de overheid geschrapt. Zie bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering (lijst chronische aandoeningen).
- Bent u 18 jaar of ouder? De eerste 20 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie krijgt u niet vergoed uit de Basisverzekering (in 2011 was dat 12). Let op: het gaat hier om de eerste 20 behandelingen per aandoening, niet per kalenderjaar. Er geldt een overgangsregeling voor mensen die in 2011 al zijn gestart met een behandeling. Heeft u in 2011 voor een aandoening al 12 of meer behandelingen gehad, dan krijgt u behandeling 13 tot en met 20 voor diezelfde aandoening wel vergoed.
- De huidtherapeut mag naast oedeemtherapie ook littekentherapie verlenen. Beide therapieën vallen onder de vergoeding voor fysiotherapie.
- Fysiotherapie moet verleend worden door een therapeut die ingeschreven staat in het [Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie](#).

Geestelijke Gezondheidszorg

- Het aantal zittingen eerstelijns psychologische zorg dat u vergoed krijgt, wordt 5 (in 2011 was dat 8).
- Voor eerstelijns psychologische zorg betaalt u een eigen bijdrage. Die wordt € 20 per zitting (in 2011 was dat € 10 en € 50 voor een internetbehandeltraject.)



innovative solutions
to insure people

- Voor specialistische Geestelijke Gezondheidszorg betaalt u een eigen bijdrage van € 100 voor een DBC tot 100 minuten en van € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten. De eigen bijdrage wordt beperkt tot 200 euro per kalenderjaar. Tot 18 jaar is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de DBC's "indirecte tijd (bijvoorbeeld verslaglegging, contact met verwijzers en administratie)" en "crisis (direct ingrijpen bij bijvoorbeeld levensbedreigende of onveilige situaties)" geldt geen eigen bijdrage. Bij onvrijwillige opname op basis van de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) geldt geen eigen bijdrage.
- Voor specialistische Geestelijke Gezondheidszorg met opname betaalt u als u 18 jaar of ouder bent, naast de eigen bijdrage voor behandeling, een eigen bijdrage voor verblijf. De eerste 31 dagen betaalt u geen eigen bijdrage voor verblijf. Na 31 dagen betaalt u een eigen bijdrage van € 145 per maand (in 2011 was er geen eigen bijdrage).
- Behandeling van "aanpassingsstoornissen" wordt niet langer vergoed. De diagnose aanpassingsstoornis is een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stress veroorzakende gebeurtenis, bijvoorbeeld ontslag of echtscheiding.
- Gaat u voor eerstelijns psychologische zorg naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dan wordt de vergoeding 45 euro per zitting (in 2011 was dat 55 euro).
- Patiënten die in de tweedelijns geneeskundige GGZ zonder tijdige afmelding niet op hun afspraak komen, moeten hun niet nagekomen afspraak vanaf 2012 zelf betalen.

Geneesmiddelen

- Naast vergoedingen voor het leveren van geneesmiddelen en de kosten van geneesmiddelen worden in 2012 een aantal zorgprestaties vergoed die niet samenhangen met het leveren van medicijnen. U kunt de zorgprestaties en maximumvergoedingen vinden in het Verzekeringsreglement.
- Geneesmiddelen duurder dan € 500 per maand die gebruikt worden bij kanker worden vanaf 1 januari per kuur of per maand verstrekt.
- Maagzuurremmers die u korter dan 6 maanden gebruikt, worden niet meer vergoed. Ook niet als de arts ze u voorschrijft. Maagzuurremmers worden wel vergoed als u deze op voorschrift van de arts langer dan 6 maanden moet gebruiken (bij een chronische aandoening). U betaalt het eerste recept zelf (15 dagen). Daarna worden ze volledig vergoed.
- De volgende geneesmiddelen worden alleen vergoed als ze in of onder verantwoordelijkheid van een ziekenhuis worden toegediend en/of geleverd: Abatacept (Orencia), Adalimumab (Humira), Anakinra (Kineret), Certolizumab pegol (Cymzia), Etanercept (Enbrel), Golimumab (Simponi), Infliximab (Remicade), Ustekinumab (Stelara). Zie hiervoor het Verzekeringsreglement.

Hulpmiddelen

Een aantal hulpmiddelen wordt anders ingedeeld. Deze hulpmiddelen zijn nu, zoals dat heet functiegericht omschreven. Ze staan daarom niet allemaal meer opgesomd. Het gaat om de volgende categorieën:

- hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie;
- hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het spreken. Zie hiervoor het Verzekeringsreglement.
- het vervangen van BAHA-hoortoestellen wordt per 1 januari 2012 overgeheveld van B19 (hulpmiddelen) naar B24 (medisch specialistische zorg).

Medisch specialistische zorg



- De verwijzing door de kaakchirurg vervalt.
- Toegevoegd wordt een verwijzing naar geneesmiddelen die in tabel 2 en 3 staan. Zie hiervoor het Verzekeringsreglement.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen, wordt niet vergoed (bijvoorbeeld een privékliniek die niet is geregistreerd).
- Toegevoegd wordt de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie voorwaardelijk is toegelaten. Deze behandeling is alleen verzekerd als de indicatie en de behandeling voldoen aan de voorwaarden die in het onderzoeksvoorstel staan dat door ZonMw wordt betaald.

Revalidatie

- De verwijzing door de kaakchirurg en verloskundige vervalt.
- De arts voor verstandelijk gehandicapten wordt als verwijzer toegevoegd.

Stoppen-met-rokenprogramma

Het Stoppen-met-rokenprogramma wordt niet meer vergoed.

Eigen bijdragen

- Bent u 18 jaar of ouder en hebt u een indicatie voor bijzondere tandheelkunde? Dan betaalt u een volledige eigen bijdrage voor die mondzorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor de bijzondere tandheelkunde.
- De kilometervergoeding voor zittend ziekenvervoer wordt € 0,30 per kilometer bij gebruik van een particuliere auto (in 2011 was dat € 0,27).
- De eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer wordt € 93 (in 2011 was dat € 92).
- De eigen bijdrage voor kraamzorg wordt € 4 per uur voor kraamzorg bij u thuis (in 2011 was dat € 3,90). De eigen bijdrage per dag voor zowel moeder als kind voor kraamzorg, verleend in een ziekenhuis of instelling zonder medische noodzaak, wordt € 16 (in 2011 was dat € 15,50). Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 112,50 per dag (in 2011 was dat € 111,50), dan komen de meerkosten eveneens voor uw rekening.
- Voor sommige hulpmiddelen is de eigen bijdrage en de maximale vergoeding gewijzigd. Zie hiervoor het Verzekerings-reglement.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is.