

Wijzigingsoverzicht ONVZ Basisverzekering 2016

Algemene bepalingen ONVZ Basisverzekering (deel A)				
Zorgsoort/begrip	Artikel en lidnummer	Tekst 2015	Tekst 2016	Uitleg aanpassing
Begripsomschrijvingen	Artikel 1	<p>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.</p> <p>Geriatriefysiotherapeut Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Geriatriefysiotherapeut Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie geriatriefysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	In plaats van registratie bij het KNGF kan de gespecialiseerde fysiotherapeut nu ook kiezen voor een registratie bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Kijk voor meer informatie op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of neem contact op met ons Service Center.

		geen definitie kinder- en jeugdpsycholoog	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).	De kinder- en jeugdpsycholoog is opgenomen als behandelaar in de aanspraak Generalistische BasisGGZ.
		Medisch specialist Een arts ingeschreven als medisch-specialist in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).	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.	Niet alleen is voor u nu snel te zien welke zorgverleners tot de medisch specialisten behoren, ook is de onduidelijkheid over de status van de sportarts opgeheven. De sportarts kan met ingang van 1 januari 2016 medisch-specialistische zorg declareren. Kijk voor meer informatie hierover op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of neem contact op met ons Service Center.
		geen definitie orthopedagoog-generalist	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).	De orthopedagoog-generalist is opgenomen als behandelaar in de aanspraak Generalistische BasisGGZ.
Grondslag van de Basisverzekering	Artikel 2 lid 3	Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor ONVZ geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend	Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor ONVZ geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. 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 ONVZ ZorgConsulent. (zie deel C).	Wij maken u er graag op attent dat onze ZorgConsulent u kan helpen om wegwijs te worden in de zorgmogelijkheden en de bijbehorende loketten.

Overige bepalingen	Artikel 10 lid 2	<p>Als ONVZ 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).</p> <p>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.</p>	<p>Als ONVZ 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.</p> <p>Voor het indienen van een klacht of het voorleggen van een geschil gelden voor zowel u als de verzekeringnemer termijnen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heeft ONVZ geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken? U kunt uw klacht tot één jaar na het antwoord van ONVZ indienen. • Heeft ONVZ niet geantwoord op uw vraag om nog eens naar uw probleem te kijken? U kunt uw klacht tot dertien 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 ONVZ 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 drie maanden nadat de Ombudsman u de uitkomst van de bemiddeling heeft laten weten. 	Voor de duidelijkheid is vermeld binnen welke termijn u een klacht bij de SKGZ kunt indienen. Dit kan ook in het Engels.
	Artikel 10 lid 5	<p>Nederlandse Zorgautoriteit T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt Postbus 3017, 3502 GA Utrecht Telefoon: 0900 770 70 70 E-mail: informatielijn@nza.nl Internet: www.nza.nl</p>	<p>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</p>	aanpassing telefoonnummer NZa
	Artikel 12 Uitsluitingen	<p>De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:</p> <p>... 10. sportmedische begeleiding en advies: begeleiding van sportbeoefening, verbetering van sportprestaties of behandeling van klachten die zich alleen tijdens het sporten manifesteren;</p>	<p>De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:</p> <p>... 10. sportmedische 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;</p>	De sportarts mag in 2016 medisch-specialistische zorg declareren, maar levert ook zorg die buiten de Basisverzekering valt. Meer informatie over sportgeneeskunde en vergoedingsmogelijkheden vindt u op www.onvz.nl/polisvoorwaarden . U kunt ook contact opnemen met ons Service Center.

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (Deel B)

Zorgsoort	Artikel en lidnummer	Tekst 2015	Tekst 2016	Uitleg aanpassing
Diversen	deel B	Gebruik van de term dieetadvisering.	Gebruik van de term diëtetik.	De term dieetadvisering is in de Zorgverzekeringswet gewijzigd in diëtetik De omschrijving en vergoeding van de zorg blijven gelijk.
Diversen	deel B	Bepaalde soorten zorg vergoedt ONVZ alleen als u daarvoor een verwijzing heeft. Deze voorwaarde was op verschillende manieren omschreven.	Als u een verwijzing moet hebben om uw zorgkosten vergoed te krijgen, dan is dat bij alle zorgsoorten op een zelfde manier omschreven.	Per zorgsoort staat vermeld of u een verwijzing moet hebben. Als dat zo is, dan moet u de verwijzing voor aanvang van de zorg hebben gekregen.
Eigen risico	Artikel 2	De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 375.	De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385.	Jaarlijkse aanpassing van het eigen risico door de overheid.
Preventieve zorg	Artikel 3 lid 2	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter preventie of ter behandeling van voetulcera, zoals hierna beschreven. De zorg wordt verleend door: <ul style="list-style-type: none"> • de huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/ zorgverlener werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts; • een pedicure, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten, of • een podotherapeut, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten. 	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voetzorg bij diabetes mellitus ter voorkoming of ter behandeling van voetulcera. De zorg wordt verleend door: <ul style="list-style-type: none"> • 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. De podotherapeut kan onderdelen van de zorg uitbesteden aan een pedicure, die geschoold en bekwaam is in het leveren van voetzorg voor diabetespatiënten. 	Als u diabetes heeft en onder zorgprofiel 2,3 of 4 valt, dan wordt voetzorg vanuit de Basisverzekering vergoed. De behandeling zal over het algemeen uitgevoerd worden door een podotherapeut. In overleg met u kan de podotherapeut onderdelen van de zorg uitbesteden aan een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening Diabetische Voet. Meer informatie over de voetzorg en zorgprofielen vindt u op www.onvz.nl/polisvoorwaarden . U kunt ook contact opnemen met ons Service Center.
		De huisarts schat in wat het risico is op het ontstaan van voetproblemen. Op basis van dat risico stelt hij een zorgprofiel vast. Een zorgprofiel beschrijft welke zorg nodig is ter preventie van diabetische voetulcera.	Welke zorg ONVZ 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 ONVZ de kosten van: <ol style="list-style-type: none"> 1. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit een anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie; 2. daarnaast, bij zorgprofiel 2, 3 en 4: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Als u diabetes heeft, mag naast de huisarts ook de medisch specialist of de podotherapeut een zorgprofiel vaststellen. Het zorgprofiel geeft een indicatie welke (voet)zorg nodig is. Alleen die zorg vergoedt ONVZ vanuit de Basisverzekering. Meer informatie over de voetzorg en zorgprofielen vindt u op www.onvz.nl/polisvoorwaarden . U kunt ook contact opnemen met ons Service Center.

		<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. De gecombineerde leefstijlinterventie vindt plaats op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Het verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts. 	<p>Als sprake is van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p>	<p>ONVZ wil de huisarts niet onnodig administratief belasten, daarom schrijven wij hier niet meer voor wat de huisarts op het voorschrift moet vermelden. Wel kan ONVZ achteraf een controle uitvoeren of er wordt voldaan aan de voorwaarden BMI en comorbiditeit.</p>
Huisartsenzorg	Artikel 4	<p>Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Huisartsenzorg zoals hiervoor beschreven omvat ook:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Bij een vermoeden van koemelkallergie kunt u een voedselprovocatietest laten uitvoeren in het ziekenhuis. U kunt deze test nu ook laten uitvoeren bij een huisarts of een jeugdarts.</p>

<p>Medisch-specialistische zorg</p>	<p>Artikel 6 lid 3, 4 en 5</p>	<p>lid 2 e. Behandeling van chronische aspecifieke rugklachten Voor behandeling van chronische aspecifieke rugklachten bestaat tot 1 januari 2016 ook aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek naar de effectiviteit van deze zorg dat ZonMw financiert. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • u, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek; • 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. <p>Voor meer informatie over dit onderzoek kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg de toelichting Voorwaardelijk toegelaten behandeling op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.</p> <p>Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, die volgens de Basisverzekering werd vergoed, dan vergoedt ONVZ de afronding van die behandeling tot 1 januari 2016.</p> <p>lid 2 j. Andere voorwaardelijk toegelaten behandelingen. De Minister kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting Voorwaardelijk toegelaten behandeling staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen beschreven. Een actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.</p>	<p>lid 3 Voorwaardelijke toegelaten behandelingen ONVZ vergoedt de kosten van de hierna beschreven vermelde 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 2016 staan alle voorwaardelijk toegelaten behandelingen beschreven, en welke ziekenhuizen deze behandelingen uitvoeren. Een actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.</p> <p>sub e vervalt. sub f t/m i wordt sub a t/m d.</p> <p>e. 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.</p> <p>f. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • u, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek; • 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. 	<p>De periode van 4 jaar voor voorwaardelijke toelating van behandeling van chronische aspecifieke rugklachten is per 1 januari 2016 afgelopen. Behandelingen die de Minister in de loop van 2015 voorwaardelijk heeft toegelaten, zijn nu toegevoegd in de voorwaarden. Het meest actuele overzicht van voorwaardelijk toegelaten zorg vindt u in het document Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016. Dit document kunt u raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of opvragen bij het ONVZ Service Center.</p>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--	---

Medisch-specialistische zorg
(vervolg)

g. 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, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek;
- 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. 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'.

i. Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbale hernia

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

lid 3 wordt lid 4
lid 4 wordt lid 5

Verpleging en verzorging	Artikel 7 lid 1	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van opname. Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging genoemd. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en kan daarnaast ook bestaan uit bijvoorbeeld coördinatie, instructie en begeleiding bij zelfmanagement. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende verleent de zorg.	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf. Deze zorg wordt ook wel wijkverpleging of intensieve kindzorg genoemd. De zorg bestaat uit verpleging en/of verzorging en omvat ook coördinatie, instructie, begeleiding bij zelfmanagement, signalering, individuele zorggerelateerde preventie en casemanagement. Een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist of een verzorgende verleent de zorg.	De wijkverpleegkundige levert zorg bij u thuis, maar voert ook algemene activiteiten uit in de wijk. Bovendien kan intensieve kindzorg onderdeel zijn van de Verpleging en verzorging. Waar eerder enkele voorbeelden genoemd stonden, staan nu alle activiteiten en de intensieve kindzorg uitgeschreven.
	Artikel 7 lid 1	De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door de wijkverpleegkundige en vastgelegd in een zorgplan.	De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door de wijkverpleegkundige of een HBO-gediplomeerd kinderverpleegkundige en vastgelegd in een zorgplan	De kinderverpleegkundige indiceert de intensieve kindzorg. ONVZ vergoedt dat ook.
	Artikel 7 lid 1	Geen bepaling.	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 ONVZ ZorgConsulent om te bespreken of de zorg voldoet aan de voorwaarden van dit artikel. Zie over zorg in het buitenland ook artikel 25.	Inzet en uitvoering van verpleging en verzorging kunnen in het buitenland heel anders verlopen dan in Nederland. Daardoor kunnen de kosten ervan geheel of gedeeltelijk voor eigen rekening komen. Neem contact op met onze ZorgConsulent om na te gaan of de door u gewenste zorg wordt vergoed. Zo voorkomt u financiële verrassingen. Meer informatie over de vergoeding van zorg in het buitenland vindt u op www.onvz.nl/buitenland . U kunt ook contact opnemen met ons Service Center.
	Artikel 7 lid 2	ONVZ vergoedt de kosten van verpleging en verzorging bedoeld in dit artikel op uw verzoek in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb). Als u daarvoor kiest, kunt u daarnaast voor verpleging en verzorging geen aanspraak meer maken op een vergoeding van kosten volgens lid 1 van dit artikel 7.	ONVZ vergoedt de kosten van verpleging en verzorging bedoeld in dit artikel op uw verzoek in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb).	In 2016 kunt u naast reguliere zorg ook vergoeding van kosten voor verpleging en verzorging in de vorm van een persoonsgebonden budget krijgen. Nadere voorwaarden hiervoor zijn opgenomen in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging. Dit reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden .
	Artikel 7 lid 2	ONVZ kent een Zvw-pgb alleen toe als het gaat om de in lid 1 bedoelde zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar of als uit het zorgplan, bedoeld in lid 1, blijkt dat u naar verwachting langdurig – dat wil zeggen voor een ononderbroken periode van minimaal twaalf maanden – aangewezen zult zijn op verpleging en verzorging. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet uitsluitend veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.	ONVZ kent een Zvw-pgb alleen toe als het gaat om de in lid 1 bedoelde zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar of als uit het zorgplan, bedoeld in lid 1, blijkt dat u naar verwachting langdurig – dat wil zeggen voor een ononderbroken periode van minimaal twaalf maanden – aangewezen zult zijn op verpleging en verzorging.	De grens tussen klachten door normale verouderingsprocessen en medische klachten is meestal niet duidelijk. Het is dan ook geen criterium meer om een Zvw-pgb te weigeren.

	Artikel 7 lid 3	Geen bepaling.	<p>Als u het niet eens bent met de door de wijkverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en u niet samen tot een oplossing kunt komen, vergoedt ONVZ de kosten van een herbeoordeling van dit onderdeel van het zorgplan door een andere wijkverpleegkundige, als ONVZ u daar voor aanvang van de herbeoordeling toestemming voor heeft gegeven. ONVZ kan aan de toestemming voorwaarden verbinden, bijvoorbeeld dat een door haar aangewezen wijkverpleegkundige de herbeoordeling uitvoert. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).</p> <p>ONVZ kan ook zelf de door de wijkverpleegkundige vastgestelde aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging laten (her)beoordelen door een door haar (verpleegkundig) medisch adviseur.</p>	ONVZ vergoedt verpleging en verzorging thuis, als een wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat u die zorg nodig heeft. Bent u het niet eens met de beoordeling van de wijkverpleegkundige en komt u er samen niet uit? Dan kunt u bij ONVZ toestemming vragen om een andere wijkverpleegkundige bij de beoordeling te betrekken. ONVZ kan ook zelf een beoordeling laten uitvoeren.
	Artikel 7 lid 3	<p>Overgangsregelingen Als u op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging en verzorging op grond van de AWBZ heeft, dan wordt daarmee geacht te zijn voldaan aan de voorwaarden van lid 1 van dit artikel. U kunt de zorg bedoeld in dit artikel vanaf 1 januari 2015 ontvangen of, als u al zorg ontvangt, deze zorg voortzetten tot de einddatum van het indicatiebesluit maar uiterlijk tot 1 januari 2016.</p> <p>Als u op 31 december 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • een geldig indicatiebesluit voor verpleging en verzorging op grond van de AWBZ heeft, • die zorg inkoop met een persoonsgebonden budget (pgb), en • de zorg – deels – inkoop bij natuurlijke personen, dan zal dat pgb worden omgezet in een Zvw-pgb – ongeacht of u voldoet aan de criteria voor verstrekking van een Zvw-pgb – voor de resterende looptijd van de indicatie, maar uiterlijk tot 1 januari 2016. Bij de uitvoering van dit Zvw-pgb zijn de artikelen 6 en volgende van het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging van toepassing. Voor meer informatie over de voortzetting van het Zvw-pgb, de hoogte van de vergoedingen en de afwikkeling van de kosten adviseren wij u om contact op te nemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C). <p>Deze overgangsregelingen gelden alleen voor zover het zorg betreft die onder de aanspraak van dit artikel valt.</p>	Tekst is geheel vervallen	Deze overgangsregeling gold tot uiterlijk 31 december 2015.
Geboortezorg	Artikel 8 lid 1	Ook heeft u als vrouwelijke verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.	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.	Als u een kind adopteert dat kraamzorg nodig heeft, dan kunt u een vergoeding krijgen voor de kraamzorg die wordt geleverd ten behoeve van het kind. De biologische moeder ontvangt een vergoeding voor de kraamzorg voor haarzelf.

	Artikel 8 lid 1	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 ONVZ ook prenataal vervolgonderzoek, zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek.	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 ONVZ ook prenataal vervolgonderzoek, zoals geavanceerd ultrageluidsonderzoek (GUO), de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek. ONVZ 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.	Als u op eigen initiatief een NIPT test heeft laten uitvoeren waarvan de uitslag afwijkend is, dan vergoedt ONVZ de kosten van prenataal vervolgonderzoek, maar niet van de NIPT-test zelf.
	Artikel 8 lid 2 b	Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 117,50 per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd.	Als het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum meer is dan € 119 per persoon per dag, dan wordt de eigen bijdrage met dit meerdere verhoogd.	Als het tarief voor bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie of in een geboortecentrum hoger is dan de vergoeding dan zijn de meerkosten voor uw eigen rekening. De eigen bijdrage begon in 2015 bij 117,50 en dit jaar bij € 119.
	Artikel 8 lid 2 c	Hierbij geldt voor de vergoedingen voor partusassistentie en kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.	Hierbij geldt voor de vergoedingen voor partusassistentie en kraamzorg een eigen bijdrage van € 4,20 per uur.	De overheid verhoogt de eigen bijdrage voor partusassistentie en kraamzorg van € 4,15 naar € 4,20.

<p>Medisch-specialistische revalidatie</p>	<p>Artikel 9 lid 1</p>	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch specialistische revalidatie als:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. <p>Medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.</p> <p>Medisch-specialistische revalidatie omvat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. algemene medisch-specialistische revalidatie; 2. interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. <p>Van algemene medisch-specialistische revalidatie is sprake als de revalidatiearts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>ONVZ vergoedt de kosten van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>De voorwaarden voor revalidatiezorg zijn duidelijker en vooral concreter omschreven. De aanspraak zelf is niet veranderd.</p>
--	----------------------------	--	--	--

Zintuiglijk gehandicaptenzorg	Artikel 9 lid 3	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg, zonder dat sprake is van verblijf, als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij u sprake is van een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, of een combinatie van deze beperkingen, en • sprake is van multidisciplinaire zorg in verband met die beperking, en • de zorg gericht is op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. 	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geneeskundige zintuiglijk gehandicaptenzorg waarbij geen sprake is van verblijf, als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • u een visuele beperking heeft, of • u een 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. <p>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.</p>	<p>De Basisverzekering dekt bij een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis de zintuiglijk gehandicaptenzorg alleen voor jongeren tot 23 jaar. Deze leeftijdsgrens was vorig jaar per abuis niet vermeld.</p>
		<p>Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis is een verwijzing nodig 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).</p> <p>Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking is een verwijzing nodig van een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheekkundig Gezelschap (NOG).</p>	<p>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 tussentijd geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.</p> <p>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 Oogheekkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijd geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.</p>	<p>Verzekerden bij wie een zintuiglijke handicap al via de toepasselijke richtlijnen is vastgesteld, hoeven bij een nieuwe zorgvraag vanwege die handicap niet opnieuw een verwijzing van de medisch specialist te hebben. Een huisarts of jeugdarts kan dan ook verwijzen.</p>
		<p>Ontvangt u op 31 december 2014 (ten laste van de AWBZ) zorg die onder de in dit artikel beschreven aanspraak op zintuiglijk gehandicaptenzorg valt, dan kunt u die behandeling voortzetten voor de resterende looptijd van de indicatie, maar uiterlijk tot 1 januari 2016.</p>	<p>Tekst is geheel vervallen</p>	<p>In 2015 gold een overgangsregeling. Als u viel onder de overgangsregeling moet u voor 1 januari 2016 een nieuwe verwijzing vragen van uw huisarts of jeugdarts als u volgend jaar gebruik wil blijven maken van deze zorg.</p>
Paramedische zorg	Artikel 17 lid 1	<p>Geen tekst over kwaliteitsregistratie</p>	<p>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? Op www.onvz.nl/polisvoorwaarden vindt u meer informatie over de verschillende kwaliteitsregisters voor paramedici. Voor meer informatie kunt ook contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).</p>	<p>Op de website van ONVZ is informatie te vinden over kwaliteitsregisters voor paramedici.</p>
	Artikel 17 lid 2	<p>Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat – naast de dekking in lid 2 – ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.</p>	<p>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 negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar.</p>	<p>Voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar dekt de Basisverzekering maximaal 9 of 18 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Verduidelijkt is dat dit alleen geldt als het gaat om aandoeningen die niet in “Bijlage 1” staan. Voor aandoeningen die wel op de lijst staan geldt lid 2, ook voor kinderen en jongeren.</p>

Farmaceutische zorg	Artikel 19 lid 8	Geen bepaling	De Minister kan – ook in de loop van het kalenderjaar – 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 2016 staan alle voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen beschreven. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden .	Tot op heden heeft de Minister nog geen geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten tot het basispakket, maar dit zou in de loop van 2016 wel kunnen gebeuren. Het meest actuele overzicht van voorwaardelijk toegelaten zorg kunt u altijd raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of opvragen bij het ONVZ Service Center.
Hulpmiddelenzorg	Artikel 20 lid 7	Geen bepaling	De Minister kan – ook in de loop van het kalenderjaar – hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten. De lijst van voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. In de toelichting Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016 staan alle voorwaardelijk toegelaten hulpmiddelen beschreven. De actuele versie van deze toelichting kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden .	Vanaf 2016 kan de Minister ook hulpmiddelen voorwaardelijk toelaten tot het basispakket. Er zijn echter nog geen hulpmiddelen aangewezen die in de loop van 2016 aan de criteria voor voorlopige toelating voldoen. De verwachting is dat de Minister in 2016 nog geen hulpmiddelen voorwaardelijk zal toelaten, maar pas in 2017 gebruik zal maken van deze mogelijkheid.
Ambulancevervoer	Artikel 21 lid 2	ONVZ vergoedt de kosten van vervoer: <ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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. 	ONVZ vergoedt de kosten van vervoer: <ul style="list-style-type: none"> a.naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten – geheel of gedeeltelijk – gedekt zijn door de Basisverzekering; b.naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de Wlz; c.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; d.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; e.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; f.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. 	Hoewel de jeugdGGZ en het vervoer daar naartoe sinds 1 januari 2015 onder de Jeugdwet vallen, is voor het ambulancevervoer naar de jeugdGGZ een uitzondering gemaakt. Zorgverzekeraars kunnen dit beter regelen en daarom blijft dit onderdeel van de Basisverzekering.
Zittend ziekenvervoer	Artikel 22 lid 3	Bij gebruik van de eigen auto vergoedt ONVZ € 0,31 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.	Bij gebruik van de eigen auto vergoedt ONVZ € 0,30 per kilometer. ONVZ gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.	De overheid verlaagt de kilometervergoeding voor zittend ziekenvervoer met eigen auto.

	Artikel 22 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 als: <ul style="list-style-type: none"> • u nierdialyse moet ondergaan; • u oncologische behandelingen met chemotherapie 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 	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: <ul style="list-style-type: none"> • u nierdialyse moet ondergaan; • u oncologische behandelingen met chemotherapie 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 verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 7. 	Vanaf 2016 wordt zittend ziekenvervoer ook vergoed voor de groep kinderen die intensieve kindzorg ontvangt. Meestal is dit vervoer naar een medisch kinderdagverblijf. Dat betekent dat voor deze vorm van vervoer een eigen bijdrage gaat gelden van € 98,- per kalenderjaar.
	Artikel 22 lid 7	Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 97 per kalenderjaar.	Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 98 per kalenderjaar.	De overheid verhoogt de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer.
Generalistische Basis GGZ	Artikel 23 lid 1	Geen bepaling	Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt ONVZ de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal twaalf maanden. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener, die hiervoor als hoofdbehandelaar is vermeld. Mocht afronding of overdracht in twaalf maanden niet mogelijk of verantwoord zijn, dan vergoedt ONVZ de kosten van voortzetting van de behandeling door de orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog na twaalf maanden alleen als zij voor het verstrijken van de twaalfde maand toestemming heeft verleend.	GGZ voor kinderen en jeugdigen valt onder de Jeugdwet. Als je 18 jaar wordt, gaat de zorg over naar de Zorgverzekeringswet. Als je in behandeling bent bij een behandelaar, die specifiek is opgeleid voor zorg aan kinderen en jeugdigen hoef je niet op je 18e verjaardag van zorgverlener te veranderen. Er is een jaar tijd voor een zorgvuldige afronding of overdracht naar een nieuwe behandelaar. Mocht dat in een jaar niet lukken dan kan de periode na toestemming van ONVZ nog worden verlengd.
	Artikel 23 lid 3	Geen bepaling	Niet alle behandelingen en interventies in de GGZ voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het overzicht Psychologische interventies binnen de GGZ. U kunt dit overzicht aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden .	De Basisverzekering dekt alleen de zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dat geldt ook voor GGZ. Voor de duidelijkheid hebben wij de behandelingen waarvan is vastgesteld of ze voldoen aan deze voorwaarde op een rij gezet. Kijk voor meer informatie over dit overzicht op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of neem contact op met ons Service Center.
Gespecialiseerde GGZ	Artikel 24 lid 1	Als u op 31 december 2014 een AWBZ-indicatie voor langdurig GGZ verblijf (ZZP ggz B) heeft en op die datum al langer dan 365 dagen in een GGZ-instelling verblijft, dan vallen de kosten van uw behandeling en verblijf niet onder dit artikel. U heeft dan recht op zorg en verblijf op grond van de Wlz.	Tekst is geheel vervallen	De overgangsbepaling is in 2016 niet meer van toepassing.
		ONVZ vergoedt de kosten van verblijf na 365 dagen alleen als zij voorafgaand aan het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde aanvraag in laten dienen bij ONVZ, voorzien van een behandelplan van de hoofdbehandelaar.	ONVZ vergoedt de kosten van verblijf na 365 dagen alleen als zij voorafgaand aan het verstrijken van die periode toestemming heeft gegeven voor langer verblijf. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde aanvraag op basis van de checklist LGGZ in – laten – dienen bij ONVZ. Uw behandelaar kan u hierover informeren. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden	ONVZ moet toestemming geven wanneer u langer dan 365 dagen opgenomen bent in een GGZ instelling. Dit doen we zodat we na kunnen gaan of dit de best passende zorg is. De vereisten waaraan een aanvraag voor een opname langer dan 365 dagen moet voldoen, zijn nader toegelicht.

	Artikel 24 lid 4	Geen bepaling.	Niet alle behandelingen en interventies in de GGZ voldoen aan het gestelde in artikel 2 lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de 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 overzicht Psychologische interventies binnen de GGZ. U kunt dit overzicht aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden . Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.	De Basisverzekering dekt alleen de zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dat geldt ook voor GGZ. Voor de duidelijkheid hebben wij de behandelingen waarvan is vastgesteld of ze voldoen aan deze voorwaarde op een rij gezet. Kijk voor meer informatie over dit overzicht op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of neem contact op met ons Service Center. Ook wil ONVZ u er uitdrukkelijk op wijzen dat kosten in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening kunnen komen. Neem contact op met het Service Center om na te gaan of dit geldt voor de behandeling die u wilt ondergaan. Zo voorkomt u financiële verrassingen. Meer informatie over de vergoeding van zorg in het buitenland vindt u op www.onvz.nl/buitenland .
Buitenland	Artikel 25	Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland .	Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ 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 ONVZ nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of www.onvz.nl/buitenland raadplegen.	Sommige behandelingen vergoedt ONVZ alleen als u vooraf toestemming heeft gekregen van ONVZ. Of toestemming nodig is, leest u in de voorwaarden. U kunt ook contact opnemen met het Service Center. Meer informatie over de vergoeding van zorg in het buitenland vindt u op www.onvz.nl/buitenland .
	Artikel 25 lid 1	U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ 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 artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting Grens aan zorg in het buitenland raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden .	U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ 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 artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de 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 ONVZ 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. U kunt deze toelichting aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden .	ONVZ wil u er uitdrukkelijk op wijzen dat kosten in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening kunnen komen. Als een behandeling in het buitenland duurder is dan in Nederland, moet u deze meerkosten bijvoorbeeld zelf betalen. Neem contact op met het Service Center om na te gaan of dit geldt voor de behandeling die u wilt ondergaan. Zo voorkomt u financiële verrassingen. Meer informatie over de vergoeding van zorg in het buitenland vindt u op www.onvz.nl/buitenland .

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (Deel C)

Onderdeel	Tekst 2015	Tekst 2016	Uitleg aanpassing
ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	De ONVZ 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 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.	De ONVZ ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor informatie over zorg bij u in de wijk, 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 022 14 50 of via zorgconsulent@onvz.nl.	U kunt bij de ZorgConsulent ook terecht met vragen over zorg bij u in de wijk (wijkverpleging, zie ook artikel 7 van deel B).

Reglement Hulpmiddelen

Zorgsoort	Artikel en lidnummer	Situatie 2015	Situatie 2016	Uitleg aanpassing
Hulpmiddelenzorg	I. Algemene bepalingen	Eigen bijdrage Voor een aantal hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. Dit is vermeld in de tabel in deel III. De wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd aan de leverancier.	Wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding Voor een aantal hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. Dit is vermeld in de tabel in deel III. De wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd aan de leverancier.	Door aanpassing van de formulering verduidelijkt ONVZ het verschil tussen de begrippen wettelijke eigen bijdrage en maximale vergoeding.
Hulpmiddelenzorg	II. Overzicht hulpmiddelen Artikel 2	Voor stroomkosten van de zuurstofapparatuur vergoedt ONVZ € 0,85 per dag.	Voor stroomkosten van de zuurstofapparatuur vergoedt ONVZ € 0,06 per geregistreerd gebruiksuur. De leverancier van de zuurstofapparatuur registreert de gebruiksuren.	Om de kosten van gebruikte stroom zo correct mogelijk te vergoeden, is de vergoedingsregeling per gebruiksuur toegepast in plaats van per dag.
	Artikel 5	ONVZ vergoedt de kosten van de hulpmiddelen alleen als de diagnostiek en indicatiestelling worden uitgevoerd en de behandeling wordt verleend volgens het Hoorprotocol van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het Hoorprotocol beschrijft de activiteiten van de audiciens en geeft aan welke gegevens minimaal moeten worden vastgelegd en hoe dat moet gebeuren.	ONVZ vergoedt de kosten van de hulpmiddelen alleen als de diagnostiek en indicatiestelling worden uitgevoerd en de behandeling wordt verleend volgens het hoorhulpmiddelenprotocol 2.0 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Dit protocol beschrijft de activiteiten van de audiciens en geeft aan welke gegevens minimaal moeten worden vastgelegd en hoe dat moet gebeuren.	Het Hoorprotocol van Zorgverzekeraars Nederland is geactualiseerd. De nieuwe versie is gepubliceerd op onze website www.onvz.nl/polisvoorwaarden en op te vragen via ons Service Center.
		Voor hoorhulpmiddelen bedoeld onder 1 geldt een wettelijke eigen bijdrage ter hoogte van 25% van de aanschafkosten van het hulpmiddel.	Als u 18 jaar of ouder bent, geldt voor hoorhulpmiddelen bedoeld onder 1 een wettelijke eigen bijdrage ter hoogte van 25% van de aanschafkosten van het hulpmiddel.	De eigen bijdrage voor hoortoestellen, oorstukjes en tinnitusmaskeerders komt met ingang van 1 januari 2016 te vervallen voor kinderen onder de 18 jaar.
Hulpmiddelenzorg	III Nadere voorwaarden per hulpmiddel	ONVZ verstrekt in bruikleen: - een longvibrator, - telefoonhoornhouders, - bijzondere optische hulpmiddelen, - memorecorders voor visueel gehandicapten, - voorleesapparatuur voor zwartdrukinformatie voor visueel gehandicapten en - zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden.	ONVZ verstrekt in eigendom: - een longvibrator, - memorecorders voor visueel gehandicapten, - voorleesapparatuur voor zwartdrukinformatie voor visueel gehandicapten en - zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden. ONVZ verstrekt telefoonhoornhouders en bijzondere optische hulpmiddelen waarvan de kosten minder dan € 250 bedragen in eigendom. In andere gevallen wordt deze hulpmiddelen in bruikleen verstrekt.	Een aantal hulpmiddelen wordt vanaf 1-1-2016 niet meer in bruikleen verstrekt. De verstrekking in eigendom valt onder uw eigen risico.

		Geen afspraken met de leverancier voor beoordeling van een aanvraag tot aanschaf of vervanging van een M.R.A. ter behandeling van Obstructief Slaap Apnoe Syndroom (OSAS).	Wel afspraken met de leverancier voor beoordeling van een aanvraag tot aanschaf of vervanging van een M.R.A. ter behandeling van Obstructief Slaap Apnoe Syndroom (OSAS).	ONVZ maakt het u gemakkelijker als u een M.R.A. nodig hebt ter behandeling van slaap apnoe. U hoeft geen aanvraag meer in te dienen bij ONVZ. De leverancier kan u direct vertellen of de kosten ervan vergoed worden.
		Richtlijn voor de gebruikstermijn van (semi)orthopedische schoenen en individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen voor verzekerden van 16 jaar of ouder is 12 maanden.	Richtlijn voor de gebruikstermijn van (semi)orthopedische schoenen en individueel vervaardigde allergeenvrije schoenen voor verzekerden van 16 jaar of ouder is 15 maanden.	Uit ervaring blijkt dat (semi)orthopedische en allergeenvrije schoenen over het algemeen langer kunnen worden gedragen dan 1 jaar. Daarom is de richtlijn nu 15 maanden. Als uw schoenen eerder vervangen dienen te worden, kunt u daarvoor natuurlijk altijd een aanvraag indienen bij ONVZ.
		<p>Eigen bijdragen en maximale vergoedingen in 2015:</p> <p>Pruik maximale vergoeding € 414,50</p> <p>Orthopedische schoenen eigen bijdrage < 16 jr € 70 Orthopedische schoenen eigen bijdrage ≥ 16 jr € 140,50 Orthopedische schoenen wisselpaar eigen bijdrage ≥ 16 jr €140,50</p> <p>Lenzen met gebruiksduur > 1 jr eigen bijdrage per lens € 55,50 Lenzen met gebruiksduur < 1 jr eigen bijdrage per kalenderjaar € 111 Bij correctie van één oog met lens met gebruiksduur < 1 jr eigen bijdrage per kalenderjaar € 55,50 Brillenglazen/filterglazen eigen bijdrage per glas € 55,50 tot maximaal € 111</p> <p>Hoortoestellen, oorstukjes en een tinnitusmasker eigen bijdrage 25% aanschafkosten.</p>	<p>Gewijzigde eigen bijdragen en maximale vergoedingen in 2016:</p> <p>Pruik maximale vergoeding € 418,50</p> <p>Orthopedische schoenen eigen bijdrage < 16 jr € 68,50 Orthopedische schoenen eigen bijdrage ≥ 16 jr € 136,50 Orthopedische schoenen wisselpaar eigen bijdrage ≥ 16 jr €136,50</p> <p>Lenzen met gebruiksduur > 1 jr eigen bijdrage per lens € 56 Lenzen met gebruiksduur < 1 jr eigen bijdrage per kalenderjaar € 112 Bij correctie van één oog met lens met gebruiksduur < 1 jr eigen bijdrage per kalenderjaar € 56 Brillenglazen/filterglazen eigen bijdrage per glas € 56 tot maximaal € 112</p> <p>Hoortoestellen, oorstukjes en een tinnitusmasker geen eigen bijdrage < 18 jaar. Hoortoestellen, oorstukjes en een tinnitusmasker eigen bijdrage ≥ 18 jaar 25% aanschafkosten.</p>	<p>Jaarlijkse aanpassing van de wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen door de overheid.</p> <p>De eigen bijdrage voor hoortoestellen, oorstukjes en tinnitusmaskeerders komt met ingang van 1 januari 2016 te vervallen voor kinderen onder de 18 jaar.</p>

Reglement Farmaceutische zorg

Deel A – 1 Algemene bepalingen	Artikel en lidnummer	Tekst 2015	Tekst 2016	Uitleg aanpassing
Begripsomschrijvingen	Artikel 1	<p>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.</p> <p>Geriatriefysiotherapeut Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Geriatriefysiotherapeut Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatriefysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of met de specialisatie geriatriefysiotherapeut geregistreerd bij het Keurmerk Fysiotherapie van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>In plaats van registratie bij het KNGF kan de gespecialiseerde fysiotherapeut nu ook kiezen voor een registratie bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Kijk voor meer informatie op www.onvz.nl/ polisvoorwaarden of neem contact op met ons Service Center.</p>
		geen definitie kinder- en jeugdpsycholoog	<p>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).</p>	De kinder- en jeugdpsycholoog is opgenomen als behandelaar in de aanspraak Generalistische BasisGGZ.

		Medisch-specialist Een arts ingeschreven als medisch-specialist in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register wordt beheerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).	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.	Niet alleen is voor u nu snel te zien welke zorgverleners tot de medisch-specialisten behoren, ook is de onduidelijkheid over de status van de sportarts opgeheven. De sportarts kan met ingang van 1 januari 2016 medisch-specialistische zorg declareren. Kijk voor meer informatie hierover op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of neem contact op met ons Service Center.
		geen definitie orthopedagoog-generalist	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).	De orthopedagoog-generalist is opgenomen als behandelaar in de aanspraak Generalistische BasisGGZ.
Grondslag van de Basisverzekering	Artikel 2 lid 3	Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor ONVZ geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend	Gaat het om verpleging en verzorging zoals omschreven in deel B, artikel 7, dan zijn de eventuele voor ONVZ geldende afspraken die de gemeente waar de zorg wordt verleend met zorgverzekeraars heeft gemaakt mede bepalend. 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 ONVZ ZorgConsulent. (zie deel C).	Wij maken u er graag op attent dat onze ZorgConsulent u kan helpen om wegwijs te worden in de zorgmogelijkheden en de bijbehorende loketten.

Reglement Zvw-pgb

Artikel	Situatie 2015	Situatie 2016	Uitleg aanpassing
Inleiding	Geen bepaling.	De overheid wil het persoonsgebonden budget (hierna: Zvw-pgb) verankeren in de Zorgverzekeringswet. Of en wanneer dit zal gebeuren is bij publicatie van dit document nog niet duidelijk. De inwerkingtreding van de wetwijziging kan gevolgen hebben voor de inhoud van dit reglement. Op www.onvz.nl/polisvoorwaarden kunt u altijd de actuele versie van het reglement vinden of aanvragen bij het ONVZ Service Center via 030 6396 62 22.	Op dit moment is het Zvw-pgb nog niet verankerd in de Zorgverzekeringswet. Het wetsvoorstel hiervoor zal naar verwachting in de zomer van 2016 worden aangenomen. Mochten naar aanleiding daarvan aanpassingen doorgevoerd worden in het Zvw-pgb Reglement verpleging en verzorging, dan stelt ONVZ u daarvan vanzelfsprekend op de hoogte.
Artikel 1	Op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging. Verpleging en verzorging omvat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die 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 Wlz-instelling. In bepaalde gevallen kunt u voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) aanvragen. Daarmee kunt u zelf zorg inkopen.	Op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering heeft u – als u op verpleging en verzorging bent aangewezen – aanspraak op vergoeding van de kosten daarvan. Verpleging en verzorging omvat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die 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 Wlz-instelling. U kunt deze zorg door een zorgverlener laten regelen. Dat noemen we in dit reglement 'reguliere zorg'. In bepaalde gevallen kunt u voor de kosten van verpleging en verzorging ook een Zvw-pgb aanvragen, eventueel in combinatie met reguliere zorg.	Naast verpleging en verzorging die u betaalt met een Zvw-pgb kunt u ook gebruik maken van reguliere verpleging en verzorging. Bij reguliere verpleging en verzorging laat u de zorg regelen door een zorgaanbieder bij u in de buurt. Andere zorgverzekeraars gebruiken hiervoor de term zorg in natura. Bij een naturaverzekeraar moet een klant gebruik maken van gecontracteerde zorgaanbieders en anders is er een beperkte vergoeding. Met de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is dit geen verplichting omdat u bij ons optimale vrije keuze heeft van zorgverleners.

Artikel 2	U bent langdurig -dat wil zeggen voor een aaneengesloten periode van minimaal twaalf maanden- op verpleging en/of verzorging aangewezen, waarbij de functiebeperkingen die de verpleging en verzorging noodzakelijk maken niet uitsluitend zijn veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.	1. U bent voor een aaneengesloten periode van minimaal twaalf maanden op verpleging en/of verzorging aangewezen;	De grens tussen klachten door normale verouderingsprocessen en medische klachten is meestal niet duidelijk. Het is vanaf 2016 dan ook geen criterium meer om een Zvw-pgb te weigeren.
Artikel 2	Geen bepaling.	3. U bent jonger dan 18 jaar en u heeft medische-specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) nodig; 2 MSVT wordt uitgevoerd onder directe verantwoordelijkheid van de medisch specialist.	Vanaf 2016 kan het Zvw-pgb ook worden gebruikt om medisch-specialistische verpleging thuis (MSVT) bij kinderen jonger dan 18 jaar in te zetten.
Artikel 2	Geen bepaling.	4. Uw behandeld arts heeft vastgesteld dat u op palliatief terminale zorg (PTZ) bent aangewezen.	Vanaf 2016 kan het Zvw-pgb ook worden gebruikt voor zorg bij de indicatie palliatief terminale zorg (PTZ).
Artikel 2	• gecontracteerde zorgverleners zo aan te sturen en hun werkzaamheden zo op elkaar af te stemmen, dat dit leidt tot verantwoorde zorg.	• de zorgverleners die u inschakelt zo aan te sturen en hun werkzaamheden zo op elkaar af te stemmen dat er sprake is van doelmatige zorg.	Dit jaar geven we duidelijk aan in het Zvw-pgb Reglement dat het belangrijk is dat u doelmatige zorg organiseert.
Artikel 2	• u hebt vaak -dat wil zeggen meer dan 3 maal per week- zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;	• u hebt zorg nodig op vaak wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op verschillende locaties;	Een van de criteria om in aanmerking te komen voor zorg vanuit een Zvw-pgb is dat u vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op verschillende locaties. In 2015 moest dat meer dan 3 maal per week het geval zijn. Dit aantal wordt in 2016 losgelaten als voorwaarde. In het Bewuste Keuze Gesprek dat wij met u voeren voor het toekennen van het Zvw-pgb inventariseren we samen met u uw specifieke behoefte aan zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op verschillende locaties.
Artikel 3	De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door een verpleegkundige (soms gedeeltelijk door de medisch-specialist) en vastgelegd in een zorgplan, zoals dat is omschreven in artikel 7 lid 1 van deel B van de Basisverzekering. Een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden moet daarom onderdeel zijn van uw aanvraag.	1. De aard, inhoud en omvang van de verpleging en verzorging worden vastgesteld door een wijkverpleegkundige (niveau 5) of een HBO-gediplomeerd kinderverpleegkundige en worden vastgelegd in het zorgplan, bedoeld in artikel 7 lid 1 van deel B van de Basisverzekering. In artikel 7 lid 6 staat hoe deze indicatie ook van belang is voor de spreiding van uw zorggebruik. 2. Wilt u een Zvw-pgb en reguliere zorg combineren, dan moet u daarvoor één (gecombineerde) indicatie hebben, vastgesteld door één verpleegkundige. 3. Bent u jonger dan 18 jaar en bent u aangewezen op MSVT, dan moet u daarvoor een indicatie van de medisch specialist hebben.	1. In de voorwaarden voor het indiceren van intensieve kindzorg is toegevoegd dat ook een HBO-gediplomeerd kinderverpleegkundige de indicering mag uitvoeren. 2. Om een Zvw-pgb te combineren met reguliere zorg moet een verpleegkundige één indicatie opstellen voor beide vormen tezamen. 3. Om in aanmerking te komen voor MSVT heeft u een indicatie van uw medisch specialist nodig. Deze is namelijk eindverantwoordelijk voor uw verpleging en verzorging en stuurt rechtstreeks uw wijkverpleging aan.
Artikel 4	lid 1 De aanvraag van een Zvw-pgb doet u door het indienen van een aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging. Dit aanvraagformulier bestaat uit drie delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerden deel en (III) het budgetplan. U kunt het aanvraagformulier downloaden van www.onvz.nl/aanvraagformulieren of aanvragen bij het ONVZ Service Center via 030 639 62 22.	1. Het Zvw-pgb vraagt u aan door het indienen van een aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging. Dit aanvraagformulier bestaat uit twee delen: het verpleegkundig deel (I) en het verzekerden deel (II). U kunt het aanvraagformulier downloaden via www.onvz.nl/aanvraagformulieren , of aanvragen bij het ONVZ Service Center.	IN 2016 is het aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging samengevoegd van 3 delen tot 2 delen.

Artikel 4	lid 2 Als iemand anders het Zvw-pgb voor u aanvraagt, dan mag dit alleen een wettelijk vertegenwoordiger van u zijn, bijvoorbeeld een ouder van een minderjarig kind. De wettelijke vertegenwoordiger kan ook een voogd, curator, mentor of bewindvoerder zijn. U moet in dat geval een bewijs van de wettelijke vertegenwoordiging (bijv. een rechterlijke uitspraak of bewijs van voogdijschap) meesturen.	2. Als iemand anders het Zvw-pgb voor u aanvraagt, dan mag dit alleen een (wettelijk) vertegenwoordiger van u zijn. Pgb-bureaus, of andere organisaties of personen die tegen een vergoeding uw Zvw-pgb beheren, erkent ONVZ niet als (wettelijk) vertegenwoordiger.	ONVZ licht hier uit dat bijvoorbeeld Pgb-bureaus niet worden erkend als (wettelijk) vertegenwoordiger.
Artikel 4	lid 4 In deel III (budgetplan) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgverlener(s) u gebruik wilt gaan maken. U vermeldt ook de datum waarop u het Zvw-pgb in wilt laten gaan. Deze mag niet voor de datum liggen waarop deel (I) is ondertekend.	3. In het verzekerdendeel (II) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en/of verzorging aan van welke zorgverleners(s) u gebruik wilt gaan maken, en welke van die zorgverlener(s) u zelf op basis van het Zvw-pgb wilt contracteren en welke als reguliere zorgverlener(s) worden ingezet.	Vanaf 2016 kunt u naast een Zvw-pgb ook aanspraak maken op reguliere verpleging en verzorging. Als u dit wilt, moet u dit aangeven op het aanvraagformulier Zvw-pgb.
Artikel 5	lid 7 ONVZ beoordeelt uw aanvraag op basis van de informatie in het aanvraagformulier en de informatie in het eventuele "bewust keuze gesprek". Als blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in dit reglement, kent ONVZ u een Zvw-pgb toe.	1. ONVZ beoordeelt uw aanvraag op basis van de informatie in het aanvraagformulier inclusief bijlagen, de informatie uit het eventuele "bewuste keuze gesprek" en de eventuele toelichting van de indicatiesteller.	Dit jaar geeft ONVZ aan dat ook extra informatie van de indicatiesteller naast de informatie uit de indicatie mee wordt genomen in de beoordeling van uw Zvw-pgb.
Artikel 5	lid 1 ONVZ informeert u schriftelijk over de toekenning van het Zvw-pgb. Wordt het Zvw-pgb toegekend, dan vermeldt ONVZ: <ul style="list-style-type: none"> • op welke datum het Zvw-pgb ingaat; • voor welke zorg het Zvw-pgb mag worden gebruikt; • hoeveel zorguren verpleging en hoeveel zorguren verzorging op grond van het Zvw-pgb maximaal per periode zullen worden vergoed; • het bedrag dat u maximaal mag declareren; en • voor welke periode het Zvw-pgb is toegekend. Als ONVZ de toekenning weigert, zal zij dit motiveren.	2. ONVZ informeert u schriftelijk over de toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb. Wordt het Zvw-pgb toegekend, dan vermeldt ONVZ: <ul style="list-style-type: none"> • de ingangsdatum van het Zvw-pgb (deze kan nooit voor de indicatiedatum liggen); • de soort zorg (verpleging en/of verzorging) waarvoor het Zvw-pgb kan worden gebruikt; • het aantal uren verpleging en/of het aantal uren verzorging dat maximaal wordt vergoed; • het maximaal te vergoeden tarief; • de periode waarvoor het Zvw-pgb geldt en • het tijdvak dat ONVZ aanhoudt bij de controle of u zorg declareert in lijn met de indicatie. 	ONVZ wil benadrukken dat u uw zorg moet spreiden op een manier die aansluit bij uw indicatie. Dit betekent dat u per periode niet meer uren kunt declareren dan de wijkverpleegkundige heeft geïndiceerd. ONVZ geeft in de toestemmingsverklaring aan welke tarieven u maximaal vergoed krijgt in plaats van het budget. In de toestemmingsverklaring die u ontvangt van ONVZ staat beschreven hoe ONVZ controleert of u zorg declareert in lijn met de indicatie.
Artikel 5	lid 2 ONVZ berekent het Zvw-pgb per kalenderjaar. Het Zvw-pgb eindigt altijd op 31 december, ook als de geldigheidsduur van de indicatiestelling nog niet is verstreken. Als uw indicatiestelling op 1 januari daaropvolgend nog geldig is, wordt uw Zvw-pgb automatisch met een jaar – of, als de geldigheid van de indicatie tijdens dat jaar eindigt: tot aan die einddatum – verlengd.	3. ONVZ berekent het Zvw-pgb per kalenderjaar. Het Zvw-pgb eindigt altijd op 31 december, ook als de geldigheidsduur van de indicatie nog niet is verstreken. Als uw indicatie op 1 januari van het daaropvolgende jaar nog geldig is, wordt uw Zvw-pgb automatisch met een jaar – of, als de geldigheid van de indicatie tijdens dat jaar eindigt: tot aan die einddatum – verlengd. U ontvangt hierover van ONVZ bericht.	ONVZ stuurt u aan het eind van het kalenderjaar bericht over de toekenning van uw Zvw-pgb in het nieuwe jaar als uw indicatie dan nog geldig is.

<p>Artikel 5</p>	<p>lid 5 U krijgt geen Zvw-pgb als u:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een Zvw-pgb aanvraagt voor zorg waarvoor al een Zvw-pgb is toegekend; • niet behoort tot de doelgroep van artikel 2 of niet voldoet aan de criteria genoemd in artikel 3; • onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het Zvw-pgb zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit; • geen medewerking (meer) verleent aan een door ONVZ georganiseerd "bewust keuze gesprek"; • in de periode van vijf jaar voorafgaand aan de datum van aanvraag van het Zvw-pgb als verzekerde of verzekeringnemer betrokken bent geweest bij een zorgverzekering die door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding; • zich bij een eerder aan u verstrekt Zvw-pgb of een pgb op grond van de AWBZ niet heeft gehouden aan de daarbij voor u geldende verplichtingen. 	<p>5. ONVZ kent het Zvw-pgb niet toe als u:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een Zvw-pgb aanvraagt voor zorg waarvoor al een Zvw-pgb is toegekend, tenzij het om een verhoging van de indicatie gaat; • onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het Zvw-pgb zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit; • geen medewerking verleent aan een "bewuste keuze gesprek"; • in de periode van vijf jaar voorafgaand aan de datum van aanvraag van het Zvw-pgb als verzekerde of verzekeringnemer betrokken bent geweest bij een zorgverzekering die door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding; • zich bij een eerder aan u verstrekt Zvw-pgb of een pgb op grond van de AWBZ, Jeugdwet, Wmo of Wlz niet heeft gehouden aan de daarbij voor u geldende verplichtingen; • er een onderzoek loopt naar mogelijke onrechtmatigheden in een aan u toegekend pgb (Zvw, Wmo, Jeugdwet, Wlz of AWBZ); • uw indicatie is afgegeven door uw (wettelijk) vertegenwoordiger of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn, of door een directe relatie (medewerker, collega of familie) van uw (wettelijk) vertegenwoordiger of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn; • u zorg inkoopt bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger, tenzij deze een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is; • in een periode van drie jaar voorafgaand aan de datum van aanvraag van het Zvw-pgb onder een schuldsaneringsregeling (Wsnr) viel. 	<p>In dit artikel is verduidelijkt dat ONVZ u geen Zvw-pgb toekent als u al een Zvw-pgb heeft voor deze zorg, tenzij het gaat om een verhoging van de indicatie. Daarnaast is een aantal situaties toegevoegd waarin ONVZ een Zvw-pgb niet toekent. Tot slot is vermeld dat familieleden en uw (wettelijk) vertegenwoordiger zijn uitgesloten als indicatiesteller of in sommige gevallen als zorgverlener.</p>
<p>Artikel 5</p>	<p>lid 6 Als u het niet eens bent met de beslissing van ONVZ, kunt u gebruik maken van de geschillenregeling beschreven in deel A-1 van de polisvoorwaarden.</p>	<p>6. Als u het niet eens bent met een beslissing van ONVZ over uw Zvw-pgb of met de afwijzing van uw aanvraag, dan kunt u gebruik maken van de geschillenregeling beschreven in artikel 10 van deel A-1 van de Basisverzekering. Betreft uw klacht een afwijzing, dan kunt u tijdens de behandeling daarvan door ONVZ en tijdens de behandeling bij de SKGZ uitsluitend gebruik maken van reguliere verpleging en verzorging volgens artikel 7 lid 1 van deel B van de Basisverzekering.</p>	<p>Tijdens de afhandeling van een klacht over de toewijzing van een Zvw-pgb kunt u gebruik maken van reguliere zorg.</p>
<p>Artikel 6</p>	<p>lid 1 Uw Zvw-pgb kan worden herzien, of worden ingetrokken met terugwerkende kracht tot aan de ingangsdatum, als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • u informatie die ONVZ opvraagt niet ter beschikking stelt; • u niet meewerkt aan een dossieronderzoek; • er bij een dossieronderzoek onregelmatigheden naar voren komen; • u onvoldoende aannemelijk maakt dat het Zvw-pgb voorziet of zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit; • u onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/ volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid; • als u niet meewerkt aan een huisbezoek in verband met dossiercontrole; • u ONVZ zelf vraagt om beëindiging van het Zvw-pgb; • u dit reglement Zvw-pgb niet naleeft. 	<p>1. Uw Zvw-pgb kan worden herzien, of worden ingetrokken, eventueel met terugwerkende kracht, en ONVZ kan het als gevolg daarvan teveel betaalde bij u terugvorderen, als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • u informatie die ONVZ opvraagt niet of niet tijdig ter beschikking stelt; • u niet meewerkt aan een dossieronderzoek; • er bij een dossieronderzoek onregelmatigheden naar voren komen; • in de praktijk blijkt dat u met het Zvw-pgb niet voorziet of kunt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit; • u onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/ volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid; • u niet meewerkt aan een gelegitimeerd huisbezoek in verband met dossiercontrole; • u dit reglement Zvw-pgb niet naleeft; • u een (andere) (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst en ONVZ u met deze vertegenwoordiger niet (langer) in staat acht om de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn uit te voeren. 	<p>ONVZ geeft aan dat zij uw Zvw-pgb kan herzien of met terugwerkende kracht kan intrekken als u een (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst waarmee u niet aan de verplichtingen van het Zvw-pgb kan voldoen. Wij geven in dit artikel ook aan dat ONVZ eventueel teveel betaalde kosten bij u kan terugvorderen in bepaalde situaties.</p>

Artikel 6	<p>lid 2 Uw Zvw-pgb eindigt met ingang van de dag waarop:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt; • de periode waarvoor het Zvw-pgb is toegekend, afloopt; • u niet meer behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2; • u niet meer voldoet aan de specifieke criteria als bedoeld in artikel 3 (tenzij u gebruik maakt van de overgangsregeling zoals omschreven in artikel 7 lid 3 van deel B van de Basisverzekering); • uw Basisverzekering eindigt (uw Zvw-pgb wordt aangepast zoals bepaald in lid 3); • u langer dan twee maanden verblijft in een Wlz-instelling of ziekenhuis; • u langer dan twee maanden verblijft in een instelling waarbij het verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw; • u surseance van betaling heeft aangevraagd, failliet bent verklaard of als sprake is van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (WSNP). 	<p>2. Uw Zvw-pgb eindigt met ingang van de dag waarop:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. uw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt; b. de periode waarvoor het Zvw-pgb is toegekend afloopt; c. de situaties beschreven in artikel 2 niet langer op u van toepassing zijn; d. u niet meer voldoet aan de specifieke criteria beschreven in artikel 2; e. uw Basisverzekering eindigt, artikel 7 sub 10 is van toepassing; f. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet; g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger surseance van betaling heeft aangevraagd of failliet wordt verklaard of als sprake is van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp); h. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg; i. u de overstap maakt naar alleen reguliere zorg; j. u zelf verzoekt om beëindiging ervan. 	<p>In het Zvw-pgb Reglement wordt niet meer verwezen naar de overgangsregeling omdat die per 2016 eindigt. In de voorwaarden is ook toegevoegd dat als het Zvw-pgb eindigt omdat uw Basisverzekering eindigt, uw toestemmingsverklaring wordt overgenomen door uw nieuwe zorgverzekeraar.</p>
Artikel 6	Geen bepaling.	<p>De situaties zoals beschreven onder 6.2 c,d,e,f,g,h,i,j moet u zelf aan ONVZ melden. U kunt daarvoor gebruik maken van het wijzigingsformulier Zvw-pgb.</p> <p>Bij de situatie beschreven in f kunt u weer gebruik maken van uw geldige indicatie als u weer thuis bent. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u wel een nieuwe indicatie aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u een volledig nieuwe aanvraag in te dienen.</p>	<p>Na een opname van minder dan twee maanden in een ziekenhuis of GGZ instelling, kunt u uw indicatie weer gebruiken voor een Zvw-pgb, tenzij er veranderingen zijn in uw zorgvraag waardoor u een nieuwe indicatie moet vragen. In dat geval moet u ook een nieuwe aanvraag bij ons indienen.</p>
Artikel 6	<p>lid 3 Wijzigen de aard, omvang of duur van uw zorgvraag, dan moet u een nieuwe indicatiestelling bij de verpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-pgb indienen. Bij toekenning van een nieuw of gewijzigd Zvw-pgb verlaagt ONVZ uw eerder toegekende Zvw-pgb, naar rato van het nog niet verstreken deel van de looptijd. Voor het resterende deel van het kalenderjaar geldt het nieuwe of gewijzigde Zvw-pgb.</p>	<p>3. Wijzigen de aard, omvang, of de duur van uw zorgvraag, of wijzigt de verhouding tussen het Zvw-pgb en reguliere zorg, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-pgb indienen, ook als u minder zorg nodig heeft. Als de nieuwe aanvraag wordt toegewezen, wordt het lopende Zvw-pgb afgesloten. Voor het resterende deel van het kalenderjaar geldt dan het nieuwe Zvw-pgb.</p>	<p>U moet niet alleen een nieuwe indicatie aanvragen als de indicatie verhoogt, maar ook als u minder zorg nodig heeft. In het geval er een wijziging plaatsvindt in de verhouding Zvw-pgb en reguliere zorg, moet er ook een nieuwe aanvraag worden ingediend. Als deze aanvraag wordt toegekend, zal het oude Zvw-pgb worden afgesloten. Een resterend budget zal niet worden verrekend met het nieuwe Zvw-pgb.</p>
Artikel 7	<p>lid 1 Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een Zvw-pgb dan moet u zelf overeenkomsten met zorgverleners sluiten, waarin u afspraken vastlegt over de te leveren zorg en over hoeveel u daarvoor betaalt. Een voorbeeld-overeenkomst kunt u vinden op www.onvz.nl/polisvoorwaarden of opvragen bij het ONVZ Service Center. U kunt de overeenkomst(en) het beste pas sluiten na ontvangst van de toekenning. ONVZ kan de overeenkomst(en) bij u opvragen.</p>	<p>1. Als u ervoor kiest om zorg in te kopen via een Zvw-pgb dan moet u zelf overeenkomsten met zorgverleners sluiten, waarin u onder meer afspraken vastlegt over de te leveren zorg en over hoeveel u daarvoor betaalt. Een voorbeeld-overeenkomst kunt u vinden op www.svb.nl.</p>	<p>Op de site van de SVB kunt u de meest actuele voorbeeld-overeenkomsten vinden. Daarom wordt er geen ONVZ versie meer beschikbaar gesteld.</p>
Artikel 7	<p>lid 2 Het in het vorige lid bepaalde geldt ook als de zorgverlener een natuurlijk persoon is.</p>	Geen bepaling.	<p>ONVZ noemt in het Zvw-pgb Reglement niet meer specifiek dat u een overeenkomst met een natuurlijk persoon moet sluiten omdat dit al volgt uit het feit dat u met al uw zorgverleners een overeenkomst moet sluiten.</p>

Artikel 7	lid 3 Als de zorg die door een natuurlijk persoon geboden wordt (mede) voorbehouden handelingen omvat, dan moet daarbij Wet BIG in acht worden genomen. Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld het geven van injecties. Welke deskundigen deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de artikelen 35 tot en met 39 van de wet BIG. Niet bevoegde natuurlijke personen moeten geautoriseerd zijn door de behandelend arts om deze handelingen uit te voeren. Deze autorisatie moet blijken uit een door de arts getekend uitvoeringsverzoek. ONVZ kan het uitvoeringsverzoek bij u opvragen.	2. Als de zorg die door een natuurlijk persoon geboden wordt (mede) voorbehouden handelingen omvat, dan moet daarbij Wet BIG in acht worden genomen. Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld het geven van injecties. Niet bevoegde natuurlijke personen moeten door de behandelend arts geautoriseerd zijn om deze handelingen uit te voeren. ONVZ kan bij de behandelend arts nagaan of autorisatie heeft plaatsgevonden.	ONVZ licht hier toe dat de behandelend arts een natuurlijk persoon kan autoriseren om voorbehouden handelingen uit te voeren. Een getekend uitvoeringsverzoek hiervoor bleek in de praktijk niet haalbaar.
Artikel 7	Geen bepaling.	3. U moet erop toezien dat de zorgverlener op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor u werkt. Ook mag de zorgverlener niet jonger dan 15 jaar zijn.	ONVZ neemt extra voorwaarden op voor zorgverleners op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is. Dit sluit aan bij de andere domeinen waar een pgb mogelijk is zoals de Wlz en de Wmo. Een informele zorgverlener mag niet meer dan 40 uur in de week werken. De minimale leeftijd voor een zorgverlener is 15 jaar. U moet daarop toezien.
Artikel 7	Geen bepaling.	5. Ten laste van het Zvw-rgb mag alleen zorg worden gedeclareerd die voldoet aan artikel 2, lid 3 van Deel A-1 (Algemene bepalingen) van de Basisverzekering.	ONVZ vindt het belangrijk dat u zorg inkoop die doelmatig is. Dat is een voorwaarde voor het declareren van zorg.
Artikel 7	lid 4 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop ³ . U bent er ook verantwoordelijk voor dat de besteding van het beschikbare budget in de tijd wordt gespreid op een manier die aansluit bij de vastgestelde zorgbehoefte. Als u daar niet aan voldoet kunt u geen aanspraak maken op een aanvullend Zvw-rgb of vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging volgens artikel 7 lid 1 van deel B van de Basisverzekering.	6. U bent er verantwoordelijk voor dat de zorg die u inzet, in de tijd wordt gespreid op een manier die aansluit bij de in de indicatie vastgestelde zorgbehoefte. Als u de toegekende uren te snel heeft gebruikt, geldt - naast artikel 6 lid 1- dat u geen aanspraak kunt maken op een aanvullend Zvw-rgb of vergoeding van de kosten reguliere verpleging en verzorging.	ONVZ wil benadrukken dat u bij het declareren van de zorg rekening moet houden met uw geïndiceerde uren per periode. Uren daarbuiten worden niet vergoed.
Artikel 7	lid 6 U geeft ONVZ toestemming om – als dat nodig is voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering – contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts om uw medische gegevens omtrent deze Zvw-rgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien. De inzage vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van ONVZ.	7. U geeft ONVZ toestemming om – als dat nodig is voor de uitvoering van het Zvw-rgb – contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts over uw (medische) gegevens en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien. De inzage vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze (verpleegkundig) medisch adviseur.	ONVZ kan (medische) gegevens van u opvragen bij uw huisarts of verpleegkundige. Dit kan vanaf 2016 ook gebeuren door een verpleegkundig medisch adviseur, eerder gebeurde dit door de medisch adviseur.
Artikel 7	Geen bepaling.	8. Als u tijdens de looptijd van uw Zvw-rgb voor het eerst gebruik gaat maken van een (wettelijk) vertegenwoordiger, moet u zijn/haar gegevens doorgeven aan ONVZ met het formulier (wettelijk) vertegenwoordiger. Ook moet u met dit formulier doorgeven wanneer iemand anders uw (wettelijk) vertegenwoordiger wordt.	Vanaf dit jaar moet u gebruik maken van het formulier Wettelijk vertegenwoordiger om aan te geven wie uw (wettelijk) vertegenwoordiger is of als deze wijzigt. U stuurt dit formulier mee met uw aanvraag voor een Zvw-rgb. U kunt dit formulier downloaden via www.onvz.nl/aanvraagformulieren .

<p>Artikel 7</p>	<p>lid 5 U bent verplicht om een dossier te beheren en dit na beëindiging van het Zvw-pgb nog minimaal vijf jaar te bewaren. Dit dossier bevat minimaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een kopie van het volledige ingevulde Zvw-pgb aanvraagformulier met bijlagen; • de overeenkomsten tussen u en de zorgverlener(s); • de beslissing waarmee het Zvw-pgb is toegekend; • eventueel benodigde door de arts ondertekende uitvoeringsverzoek(en); • (kopie) nota's van zorgverleners en een kopie van ingediende declaraties; • een bewijs van wettelijke vertegenwoordiging, als daarvan sprake is. <p>U bent verplicht de inhoud van het dossier aan ONVZ te overhandigen, als wij u daarom vragen.</p>	<p>9. U bent verplicht om een dossier te beheren, dit na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te bewaren en om het – als ONVZ daarom vraagt – te overhandigen. Dit dossier bevat tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren, zorgovereenkomsten inclusief bijlagen/zorgplan; • het eventueel benodigde uitvoeringsverzoek dat door een bevoegd medisch professional is getekend; • de beschikking van de rechtbank, als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft; • het formulier (wettelijk) vertegenwoordiger; • facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staan; • bancaire betalingsbewijzen (contante betaling is niet toegestaan) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB); • kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties. 	<p>ONVZ stelt voorwaarden aan het dossier dat u beheert voor uw Zvw-pgb. Hierin moet u vanaf 2016 ook de volgende zaken bewaren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zorgplan; - het formulier wettelijk vertegenwoordiger met als bijlage de beschikking van de rechtbank; - facturen of urenregistraties die voldoen aan de genoemde voorwaarden; - bancaire betalingsbewijzen (contante betaling is niet toegestaan) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB).
<p>Artikel 7</p>	<p>Geen bepaling.</p>	<p>10. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toestemmingsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar (tot de einddatum van de indicatie) de geldige toestemming over. Het aantal toegekende uren blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen vergoedingen hanteert. U moet deze toestemmingsverklaring bewaren zolang hij geldig is. De nieuwe zorgverzekeraar kan hierom vragen. Stapt u over naar ONVZ en bent u in verband met het overgangsrecht nog niet gehierindiceerd in 2015? Dan moet u uiterlijk 15 februari 2016 een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb bij ons indienen.</p>	<p>Eind 2015 ontvangt u van ons een toestemmingsbrief voor 2016. Hierin staat beschreven hoeveel uren zorg op basis van de voor u gestelde indicatie maximaal vergoed zullen worden in 2016. Mocht u besluiten over te stappen naar een andere verzekeraar, en is deze toestemmingsbrief nog geldig? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de toestemming over. Het gaat dan om de toestemming voor het aantal uren zorg, maar niet voor het tarief. Dat kan per zorgverzekeraar verschillen. Als u in 2016 naar ons overstapt en nog niet bent gehierindiceerd vanwege het overgangsrecht, dan moet u uiterlijk 15 februari 2016 een nieuwe aanvraag bij ons indienen.</p>
<p>Artikel 8</p>	<p>Maximale uurtarieven Zvw-pgb ONVZ neemt bij het vaststellen van uw Zvw-pgb en bij de vergoeding van declaraties de volgende maximumtarieven in acht.</p> <p>formele zorgaanbieder maximum uurtarief persoonlijke verzorging € 38,56 maximum uurtarief verpleging € 57,08 natuurlijk persoon maximum uurtarief € 20,00</p>	<p>1. Bij de uitvoering van het Zvw-pgb wordt een onderscheid gemaakt tussen formele en informele zorgverleners. ONVZ vergoedt maximaal de volgende tarieven:</p> <p>Informele zorgverleners zijn zorgverleners die:</p> <ul style="list-style-type: none"> o uw bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn of o niet zijn ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de Wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg of o geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister. <p>U kunt voor deze informele zorgverleners maximaal € 23,- per uur voor verpleging, verzorging en MSVT declareren.</p> <p>Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt hiervoor maximaal de hieronder genoemde tarieven declareren. U dient bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgaanbieder te vermelden.</p> <p>Persoonlijke verzorging € 38,13 per uur Verpleging € 56,44 per uur MSVT voor kinderen tot 18 jaar € 61,12 per uur</p>	<p>De tarieven die u maximaal vergoed krijgt voor formele zorg zijn verlaagd. Het tarief voor MSVT is toegevoegd. Het tarief dat u maximaal vergoed krijgt voor zorg door een natuurlijk persoon (informele zorgverlener) is verhoogd.</p> <p>De uitwerking van de zorgverleners die het formele - en informele tarief mogen declareren is aangepast. Meer informatie hierover vindt u op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.</p>

Artikel 8	Geen bepaling.	2. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf in het kader van intensieve kindzorg vallen onder de aanspraak 'zittend ziekenvervoer', volgens artikel 22 van deel B van de ONVZ Basisverzekering.	Krijgt uw kind verpleging en verzorging vergoed op grond van de Basisverzekering, en is er een indicatie gesteld voor 'intensieve kindzorg'? Dan komt het vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf vanaf 1 januari 2016 niet meer in aanmerking voor de vergoeding vanuit het Zvw-pgb maar wordt deze vergoed als 'zittend ziekenvervoer'. Hierbij geldt een eigen bijdrage van € 98.
Artikel 8	lid 2 De originele nota's dient u op reguliere wijze (schriftelijk met een declaratieformulier, via MijnONVZ of mobiel via de ONVZ Zorgpas App) in bij ONVZ, uiterlijk drie maanden na beëindiging van het Zvw-pgb. Het is echter wenselijk dit zo snel mogelijk te doen.	4. De originele nota's dient u schriftelijk in, met een declaratieformulier, via MijnONVZ, of mobiel via de ONVZ Zorgpas App (3), bij voorkeur binnen drie maanden nadat u de zorg heeft ontvangen. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het gebruik van uw Zvw-pgb. (3) Hierbij is ook artikel 3 lid 3 van deel A-1 van de Basisverzekering van toepassing.	Om een actueel beeld te houden op het gebruik van uw Zvw-pgb dient u bij voorkeur drie maanden nadat u zorg heeft ontvangen uw nota in, in plaats van drie maanden na het aflopen van het Zvw-pgb. Er gelden aanvullende regels voor het indienen van nota's via MijnONVZ of via de ONVZ Zorgpas App.
Artikel 8	lid 4 U mag geleverde zorg alleen declareren als die binnen de indicatiestelling, de omschrijving in de aanvraag en de toestemming valt. Zijn in de toestemmingsbrief uren voor verpleging én uren voor verzorging toegekend, dan mag u maximaal 20% van de uren voor verpleging inzetten voor verzorging en omgekeerd, mits uw totale uitgaven binnen het toegekende budget blijven.	6. U mag geleverde zorg alleen declareren als die binnen de indicatiestelling, de omschrijving in de aanvraag en de toestemming valt. Zijn in de toestemmingsverklaring uren voor verpleging én uren voor verzorging toegekend, dan mag u maximaal 20% van de uren voor verpleging inzetten voor verzorging en omgekeerd.	Als u gebruik maakt van substitutie van verpleging en verzorging, moet u er rekening mee houden dat u maximaal 20% van de uren mag ruilen, niet 20% van uw budget.
Artikel 8	lid 5 ONVZ vergoedt geleverde zorg slechts tot aan het maximum van het toegekende Zvw-pgb. Een eventueel niet gedeclareerd deel van uw budget blijft bij het aflopen van de periode waarvoor het Zvw-pgb is toegekend niet beschikbaar voor een volgende periode.	8. ONVZ vergoedt geleverde zorg slechts tot aan het aantal per periode geïndiceerde uren. Teveel ingekochte zorg, waardoor dit maximum wordt overschreden, wordt niet vergoed. Niet gebruikte uren kunt u niet meenemen naar een volgende periode.	ONVZ verduidelijkt hier dat zij maximaal de uren zorg vergoed die zijn geïndiceerd. Eerder bleek hier onduidelijkheid over te zijn omdat er werd gesproken over budget. Het ging echter om een budget in uren.
Artikel 8	lid 6 Het opstellen van het zorgplan door de verpleegkundige (al dan niet onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist) en de evaluatie van het zorgplan door de verpleegkundige vergoedt ONVZ op grond van artikel 7 lid 1 van de Basisverzekering (en dus niet als onderdeel van het Zvw-pgb). ONVZ vergoedt echter geen kosten die verbonden zijn aan het opstellen van het budgetplan, ook niet als u dit uitbesteedt aan derden.	9. Het opstellen van het zorgplan door de wijkverpleegkundige (al dan niet onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist) en de evaluatie van het zorgplan door de wijkverpleegkundige vergoedt ONVZ op grond van artikel 7 lid 1 van de Basisverzekering (en niet als onderdeel van het Zvw-pgb). De verpleegkundige declareert deze kosten zelf bij ONVZ. ONVZ vergoedt echter geen kosten die verbonden zijn aan het opstellen van het budgetplan, ook niet als u dit uitbesteedt aan derden.	De indicatiestelling wordt door de wijkverpleegkundige zelf bij ONVZ gedeclareerd.
Artikel 8	Geen bepaling.	10. U bent zelf verantwoordelijk voor het uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners.	Mogelijk ten overvloede, maar ONVZ wil u erop wijzen dat u zelf verantwoordelijk bent voor het uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners.
Artikel 8	Geen bepaling.	11. Wilt u zorg in het buitenland ontvangen? Neemt u dan voor aanvang van de zorg contact op met ONVZ om te bespreken of de zorg voldoet aan alle voorwaarden.	Inzet en uitvoering van verpleging en verzorging kunnen in het buitenland heel anders verlopen dan in Nederland. Daardoor kunnen de kosten ervan geheel of gedeeltelijk voor eigen rekening komen. Neem contact op met onze ZorgConsulent om na te gaan of de door u gewenste zorg wordt vergoed. Zo voorkomt u financiële verrassingen. Meer informatie over zorg in het buitenland vindt u op www.onvz.nl/buitenland . U kunt ook contact opnemen met ons Service Center.

Artikel 9	Geen bepaling.	<p>1. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 5 jaar, vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en voor zover u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode opnieuw een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen.</p> <p>2. Binnen de looptijd van uw Zvw-pgb kent ONVZ u per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) een urenbudget toe. U ontvangt hierover automatisch bericht.</p> <p>3. Loopt uw Zvw-pgb af en wilt u aansluitend een nieuw Zvw-pgb ontvangen? Houd u dan rekening met onze verwerkingstijd van minimaal zes weken. Als ONVZ uw aanvraag niet tijdig ontvangt, sluit een nieuw Zvw-pgb mogelijk niet aan op de einddatum van het eerdere Zvw-pgb. Kosten in de tussenliggende periode worden in dat geval niet vergoed.</p>	In het Reglement Zvw-pgb is een nieuw artikel toegevoegd over de verlenging van het Zvw-pgb.
Artikel 10	Geen bepaling.	<p>Bloed- en aanverwanten</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1e graad: de (adoptie)ouders van u en van uw partner, de (adoptie)kinderen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzonen/schoondochters) • 2e graad: de grootouders van u en van uw partner, de kleinkinderen van u en van uw partner, de boers/zussen van u en van uw partner en hun partner (uw schoonzussen/zwagers). • Uw partner. Dit betreft naast huwelijk of geregistreerd partnerschap ook de situatie van ongehuwd samenwonen (met of zonder notariële samenlevingsovereenkomst). 	In het Reglement Zvw-pgb is een begripsbepaling opgenomen van bloed- en aanverwanten. Dit geeft o.a. duidelijkheid over wie het informele tarief kan declareren.
Artikel 10	Geen bepaling.	<p>Budgetplan</p> <p>Een overzicht van de voorgenomen besteding van het Zvw-pgb.</p>	In het aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging geeft u aan op welke wijze u uw budget wil gebruiken: uw budgetplan. Daarvoor is een begripsbepaling opgenomen.

Artikel 10	<p>Formele zorgaanbieder Onder formele zorgaanbieder verstaat ONVZ: een zorgaanbieder zoals bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die persoonlijke zorg levert. Dit is een persoon of organisatie die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent en voldoet aan de hieronder opgesomde kwalificaties. De persoon die beroepsmatig zorg verleent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • is een verpleegkundige met een diploma: A, B of Z, MBO-V, HBO-V, een gediplomeerd verpleegkundige met niveau 4 of 5, die beschikt over een geldige inschrijving in het BIG-register of • is bevoegd (geschoold) en bekwaam (praktijkvaardig) om de verpleegkundige en/of verzorgende zorgverlening uit te voeren op grond van de voor hem/haar geldende wet- en regelgeving; • verleent zelf daadwerkelijk de zorg bij de verzekerde. <p>De organisatie die zorg verleent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel; • zet voor het verlenen van de zorg een persoon in die voldoet aan de hierboven onder formele zorgaanbieder (natuurlijke persoon) opgesomde vereisten. <p>Rechtspersonen en ZZP'ers die andere zorgverleners inzetten dan hierboven opgesomd, worden niet aangemerkt als formele zorgaanbieder.</p> <p>Natuurlijk persoon De natuurlijke persoon die de zorg niet-beroepsmatig of -bedrijfsmatig verleent in het kader van het Zvw-pgb en die niet valt onder de definitie van formele zorgaanbieder.</p>	Verplaatst.	De toelichting op deze begrippen is opgenomen in artikel 8.
Artikel 10	Geen bepaling.	<p>Reguliere zorg Bij reguliere zorg levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt deze de administratie daaromheen.</p>	Vanaf 2016 is het mogelijk om naast een Zvw-pgb ook een deel van uw indicatie in te zetten met reguliere zorg. Daarvoor is een begripsbepaling opgenomen voor reguliere zorg.
Artikel 10	Geen bepaling.	<p>Voorbehouden handelingen Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie de handelingen mogen uitvoeren, staat in artikelen 35-39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).</p>	Een behandelend arts kan een natuurlijk persoon autoriseren om voorbehouden handelingen uit te voeren bij u. Een begripsbepaling is opgenomen om aan te geven wat een voorbehouden handeling is.
Artikel 10	Geen bepaling.	<p>Wettelijk vertegenwoordiger Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de rechtbank aangewezen curator, mentor of bewindvoerder. Pgb-bureaus, of andere organisaties of personen die tegen een vergoeding pgb's beheren, worden niet erkend als wettelijk vertegenwoordiger.</p>	ONVZ verduidelijkt in de nieuwe begripsbepaling wie zij verstaat onder een wettelijk vertegenwoordiger.

Artikel 10	Geen bepaling.	<p>Vertegenwoordiger Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie of sociale netwerk en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Het is aan ONVZ om te bepalen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.</p> <p>ONVZ accepteert geen vertegenwoordiger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die bij eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen; • die niet beschikt over een geldig woonadres; • die gedetineerd is; • die surseance van betaling heeft aangevraagd, failliet is verklaard of voor wie sprake is van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp), of voor wie daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend; • die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen 	Vanaf 2016 zijn de mogelijkheden voor het gebruik van een (wettelijk) vertegenwoordiger uitgebreid. Naast een door een rechtbank benoemde wettelijk vertegenwoordiger kunt u ook gebruik maken van een vertegenwoordiger die u aanwijst uit uw familie of sociale netwerk. Een begripsbepaling is hiervoor opgenomen.
Bijbehorende documenten	Geen bijbehorende documenten genoemd.	<p>Bij dit reglement horen de volgende documenten die ook via onze website te raadplegen zijn.</p> <p>Via www.onvz.nl/aanvraagformulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanvraagformulier voor het verpleegkundig deel (I) • Aanvraagformulier voor het verzekerdendeel (II) • Formulier vertegenwoordiger • Wijzigingsformulier Zvw-pgb <p>Via www.onvz.nl/declaratieformulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaratieformulier natuurlijke persoon • Declaratieformulier formele zorgverlener <p>Deze formulieren zijn ook op te vragen via het ONVZ Service Center.</p>	In 2016 zijn er een aanpassingen doorgevoerd in verschillende formulieren die horen bij het Zvw-pgb. Daarnaast zijn er ook nieuwe formulieren toegevoegd. Deze staan voor de volledigheid genoemd als bijlage in het Reglement Zvw-pgb.