

wijzigingen in de basisverzekering per 1 januari 2012¹

WIJZIGINGEN IN EIGEN RISICO/EIGEN BIJDRAGE	2011	2012
Eigen risico	€ 170,00	€ 220,00
Orthopedische en allergeenvrije schoenen (eigen bijdrage verzekerden jonger dan 16 jaar)	€ 68,50	€ 69,50
Orthopedische en allergeenvrije schoenen (eigen bijdrage verzekerden vanaf 16 jaar)	€ 136,50	€ 139,00
Ziekenvervoer eigen bijdrage per kalenderjaar	€ 92,00	€ 93,00
Vergoeding ziekenvervoer, eigen auto	€ 0,27 per kilometer	€ 0,30 per kilometer
Hoortoestellen, maximale vergoeding eerste verstrekking of herhaling:		
- binnen 6 jaar	€ 501,50	€ 509,50
- tussen 6 en 7 jaar	€ 592,00	€ 600,50
- vanaf 7 jaar	€ 683,00	€ 691,00
- maximale vergoeding voor verzekerden jonger dan 16 jaar	€ 683,00	€ 691,00
- hoortoestel in brilmontuur (extra vergoeding)	€ 65,00	€ 66,00
Pruiken (maximale vergoeding)	€ 386,50	€ 393,00
Verbandschoenen (maximale vergoeding)	€ 143,50	€ 146,00
Allergeen vrije schoenen (maximale vergoeding)	€ 187,00	€ 190,00
- voor verzekerden jonger dan 16 jaar	€ 255,50	€ 259,50
	min de eigen bijdrage van € 68,50	min de eigen bijdrage van € 69,50
- voor verzekerden vanaf 16 jaar	€ 323,50	€ 329,00
	min de eigen bijdrage van € 136,50	min de eigen bijdrage van € 139,00
Medisch geïndiceerde contactlenzen (gebruiksduur ≥1 jaar)	Eigen bijdrage € 51,50 per lens	Eigen bijdrage € 52,50 per lens
Medisch geïndiceerde contactlenzen (gebruiksduur <1 jaar)	Eigen bijdrage € 103,00	Eigen bijdrage € 105,00
Bevalling (poli) klinisch (zonder medische noodzaak)	€ 192,00 per dag	€ 193,00 per dag

WIJZIGINGEN IN VERGOEDINGEN	2012
Vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieder (betreft alleen De Goudse Zorg Polis Natura)	U hebt recht op zorg door zorgaanbieders met wie wij een overeenkomst hebben afgesloten. Wilt u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan ontvangt u een vergoeding tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven die wij met de gecontracteerde zorgaanbieders hebben afgesproken. In 2012 geldt voor zorg in niet-gecontracteerde GGZ-instellingen een maximale vergoeding van 60% van de wettelijke tarieven. Voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra (ZBC's) is de maximale vergoeding 80% van het gecontracteerde tarief voor gecontracteerde ZBC's. Dit komt neer op 64% van de tarieven van de ziekenhuizen. Meer informatie vindt u in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders De Goudse 2012.
Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar	Als uw aandoening voorkomt op bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering (chronische lijst), dan vergoeden wij fysiotherapie of oefentherapie vanaf de 21e behandeling uit de Zorgverzekering. Dit was in 2011 vanaf de 13e behandeling.
Fysiotherapie en oefentherapie alle leeftijden	Het aantal aandoeningen op de chronische lijst wordt beperkt. Locatie: behandelingen mogen alleen gegeven worden in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift mag het ook bij u thuis.
Dieetadvisering	Dieetadvisering door een diëtist vervalt.
Stoppen-met-rokenprogramma	Het stoppen-met-rokenprogramma vervalt. Dit betekent dat u wel recht hebt op begeleiding bij het stoppen met roken, maar niet op de ondersteunende medicatie.
Eerstelijnspsychologische zorg	Eerstelijnspsychologische zorg, recht op vergoeding van 5 zittingen. Dit waren 8 zittingen. De eigen bijdrage per zitting wordt verhoogd van € 10,00 naar € 20,00. De eigen bijdrage voor een internetbehandeling bedraagt € 50,00. Het is niet meer mogelijk een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen. Wel kunt u voor maximaal 5 zittingen naar de PGB-zorgaanbieders, behalve de HBO-psycholoog. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan is de vergoeding uit de Goudse Zorgverzekering gemaximeerd. De maximale lijst vindt u in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders De Goudse 2012. De behandeling van aanpassingsstoornissen is vanaf 1 januari 2012 uitgesloten van vergoeding.
	Preventie van paniekstoornissen in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie behoort tot eerstelijnspsychologische zorg.
Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	In 2012 geldt voor de meeste specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een wettelijke eigen bijdrage als u 18 jaar of ouder bent. Dit is € 100,00 voor behandelingen tot 100 minuten en € 200,00 voor langere behandelingen. U betaalt per kalenderjaar nooit meer dan € 200,00 eigen bijdrage. Voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ geldt vanaf 32 dagen een bijdrage van € 145,00 per maand voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling van aanpassingsstoornissen is vanaf 1 januari 2012 uitgesloten van vergoeding.
Logopedie en ergotherapie	U hebt in 2012 geen verwijzing voor logopedie en ergotherapie nodig. Locatie: behandelingen mogen alleen gegeven worden in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift mag het ook bij u thuis.

WIJZIGINGEN IN VERGOEDINGEN	2012
Geneesmiddelen	De tarieven wijzigen. Als u een Goudse Zorg Polis hebt en naar een niet-gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts gaat, dan moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Vanaf 2012 mogen een apotheker of apotheekhoudende huisarts kosten in rekening brengen voor handelingen die erop gericht zijn de kwaliteit van geneesmiddelengebruik te bevorderen zonder dat een geneesmiddel wordt meegegeven. De kosten hiervan worden in mindering gebracht op uw eigen risico. Maagzuurremmers vergoeden wij in 2012 alleen als u deze langer dan 6 maanden gebruikt. De lijst met geneesmiddelen waarvoor vooraf toestemming nodig is wijzigt. Dit geldt ook voor de lijst met voorkeursgeneesmiddelen. Voor voorkeursgeneesmiddelen bent u geen eigen risico verschuldigd. U vindt de lijsten in het Reglement farmaceutische zorg De Goudse.
Mondzorg	Er is een eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks verband houdt met de indicatie bijzondere tandheelkunde.

wijzigingen in de aanvullende verzekeringen per 1 januari 2012¹

AANVULLENDE VERZEKERING	2012
Alternatieve geneeswijzen	Aanvullingsverzekering Totaal: De maximale vergoeding per kalenderjaar bedraagt € 750,- (was € 1.000,- in 2011) Aanvullingsverzekering Top: De maximale vergoeding per kalenderjaar bedraagt € 1.000,- (was € 1.500,- in 2011)
Homeopatische geneesmiddelen	Aanvullingsverzekering Totaal: De maximale vergoeding per kalenderjaar bedraagt € 500,- (was € 1.000,- in 2011) Aanvullingsverzekering Top: De maximale vergoeding per kalenderjaar bedraagt € 500,- (was € 1.500,- in 2011)
Bewegingstherapie	De therapiën die in 2011 onder bewegingstherapie vielen, vallen vanaf 1 januari 2012 onder alternatieve geneeswijzen. Dit betreft chiropractie, osteopathie, haptotherapie, (Ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie. Hiermee vervalt de aparte vergoeding bewegingstherapie.

wijzigingen in de Tandarts Pakketten per 1 januari 2012¹

WIJZIGING PRESTATIECODES	
Per 1 januari 2012 mogen alle zorgverleners in de mondzorg (tandartsen, tandprotheticici, mondhygiënisten, orthodontisten) zelf bepalen welk bedrag ze voor een behandeling in rekening brengen. De maximumtarieven die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn vastgesteld, komen te vervallen. Ook worden de huidige UTP-codes vervangen door nieuwe prestatiebeschrijvingen. Zo kan iedereen die bij de tandarts is geweest op de rekening in heldere taal zien wat hij betaalt voor welke behandeling. Op De Goudse Tandartsverzekering worden vanaf 1 januari 2012 bijna alle behandelingen vergoed. Niet voor vergoeding in aanmerking komen orthodontie (bij Tandarts Basis), uitwendig bleken, materialen voor thuisbleken, keuringsrapporten en niet nagekomen afspraak. De behandelingen worden vergoed tot het voor u geldende percentage en maximale bedrag. Op www.goudse.nl/zorg kunt u hier meer over lezen.	
Tandarts Basis Pakket	Van alle veel voorkomende behandelingen bij de tandarts wordt 80% vergoed tot een jaarlijks maximum van €250,-. Niet vergoed worden orthodontie (prestatiecodes V411 t/m V812), uitwendig bleken (prestatiecodes X311 t/m X331), materialen voor thuisbleken, keuringsrapporten (prestatiecodes X511) en niet nagekomen afspraak.
Tandarts Uitgebreid Pakket	Van alle veel voorkomende behandelingen bij de tandarts wordt 80% vergoed tot een jaarlijks maximum van € 750,-. Bij orthodontie (prestatiecodes V411 t/m V812) wordt voor verzekerden onder 18 jaar 80% vergoed tot een maximum van €2000 gedurende de gehele looptijd. Voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt voor orthodontie 80% vergoed tot een maximum van € 350,- gedurende de hele looptijd. Niet vergoed worden uitwendig bleken (prestatiecodes X311 t/m X331), materialen voor thuisbleken, keuringsrapporten (prestatiecodes X511) en niet nagekomen afspraak.
Tandarts Totaal Pakket	Van alle veel voorkomende behandelingen bij de tandarts wordt 100% vergoed tot een jaarlijks maximum van €1250,-. Bij orthodontie (prestatiecodes V411 t/m V812) wordt voor verzekerden onder 18 jaar 100% vergoed en bij verzekerden vanaf 18 jaar eveneens 100% tot een maximum van €500,- gedurende de gehele looptijd. Niet vergoed worden uitwendig bleken (prestatiecodes X311 t/m X331), Materialen voor thuisbleken, keuringsrapporten (prestatiecodes X511) en niet nagekomen afspraak.
Tandarts Top Pakket	Van alle veel voorkomende behandelingen bij de tandarts wordt 100% vergoed tot een jaarlijks maximum van €1750,-. Bij orthodontie (prestatiecodes V411 t/m V812) wordt 100% vergoed. Niet vergoed worden uitwendig bleken (prestatiecodes X311 t/m X331), materialen voor thuisbleken, keuringsrapporten (prestatiecodes X511) en niet nagekomen afspraak.

¹ Dit zijn alleen wijzigingen, raadpleeg www.goudse.nl voor het totale vergoedingsoverzicht.