

Uw zorgverzekering

Wist u dat de zorgverzekering verplicht is? Wist u dat u altijd geaccepteerd moet worden voor een basisverzekering? Wist u dat een zorgverzekeraar een zorgplicht heeft om u de zorg uit de basisverzekering te geven die u nodig heeft? Wist u dat u uw basisverzekering bij de ene verzekeraar kunt hebben en uw aanvullende verzekering bij de andere? Wist u dat uw polis elk jaar anders kan zijn terwijl u zelf niets verandert?

De meeste mensen weten dat het in Nederland verplicht is om een zorgverzekering te hebben. En bijna iedereen merkt tegen het einde van het jaar dat er op dat onderwerp wat te kiezen valt. Zorgverzekeraars en vergelijkingssites informeren u over premies en polissen voor het komende jaar. Dat is *het* moment om kritisch te kijken of u de polis heeft die het beste bij u past.

Maar wat zijn nu eigenlijk uw rechten en plichten? Waar moet u op letten? Waarom?

Verplichte zorgverzekering

Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een zorgverzekering hebben. Hiervoor sluit u een basisverzekering af. De minister stelt het verzekerde pakket vast. Iedereen heeft recht heeft op dezelfde zorg. De basisverzekering dekt de kosten voor de zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis, psychiater of apotheek. Het Nederlandse basispakket is heel uitgebreid. Er zitten ook dingen in het pakket die u misschien zelf niet nodig heeft maar anderen wel. Zo betaalt iedereen bijvoorbeeld mee aan de kraamzorg voor jonge moeders. Of aan de kosten van specialistische zorg die bijvoorbeeld oudere mensen vaker nodig hebben. Alle verzekerden betalen samen de totale kosten van alle zorg.

Acceptatie- en zorgplicht

U bent vrij om te kiezen bij welke zorgverzekeraar u uw zorgverzekering afsluit. Een zorgverzekeraar mag u niet weigeren voor de basisverzekering, wat uw leeftijd of gezondheidssituatie ook is. Dat heet acceptatieplicht. Verzekeraars mogen ouderen of zieken ook geen hogere premie vragen voor de basisverzekering. Zo is de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar.

Naast deze acceptatieplicht geldt voor een zorgverzekeraar de zorgplicht. Uw verzekeraar is verplicht u te helpen bij het vinden van de juiste zorg. En dat u deze op tijd krijgt en op een redelijke afstand bij u vandaan.

Tot zover uw rechten en zekerheid.

Wat moet u zelf doen? Ten eerste: hoe zit het nu met de kosten?

Premie basisverzekering

Voor de zorg uit het basispakket betaalt u een vast bedrag, direct aan uw zorgverzekeraar. Dit heet de nominale premie. Uw zorgverzekeraar stelt de hoogte van deze premie vast. Uw werkgever of uitkeringsinstantie betaalt ook een deel voor uw zorg. Dit deel is afhankelijk van uw inkomen.

Eigen risico

Voor de basisverzekering geldt voor iedereen een verplicht eigen risico. De minister van VWS stelt hoogte vast. In 2016 is dit € 385. Dit betekent dat u de eerste € 385 aan zorgkosten die u maakt, zelf moet betalen. Het verplicht eigen risico geldt **niet** voor de huisarts, de huisartsenpost, verloskundige zorg, wijkverpleging en kraamzorg, wel voor alle andere zorg zoals ziekenhuiszorg. U kunt het verplicht eigen risico vrijwillig verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De zorgverzekeraar geeft dan een korting op de maandelijkse premie voor de basisverzekering. Verplicht eigen risico geldt alleen voor mensen van 18 jaar en ouder.

Tip

Voor veel mensen die zorgkosten maken is het verplicht eigen risico een groot bedrag om in één keer te betalen. Bij veel zorgverzekeraars kunt u het verplicht eigen risico in termijnen te betalen. Vraag hiernaar bij uw zorgverzekeraar.

Let op: De huisarts valt niet onder het eigen risico maar vervolgonderzoek wel. Denk bijvoorbeeld aan bloed prikken of zorg in het ziekenhuis.

Tip

Let goed op bij het verhogen van uw vrijwillig eigen risico. Kiest u bijvoorbeeld voor het maximale vrijwillig eigen risico (€ 500) dan kan het zijn dat u € 885 zelf moet betalen als u bijvoorbeeld naar het ziekenhuis moet voor een behandeling.

Zorgtoeslag

Als u een laag inkomen heeft kunt u zorgtoeslag krijgen om de premie en het verplicht eigen risico te betalen. Hoeveel zorgtoeslag u kunt krijgen, hangt af van onder andere uw inkomen en uw levenssituatie. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag. Uw zorgtoeslag wordt elk jaar opnieuw beoordeeld. Ga er niet van uit dat u volgend jaar net zo veel zorgtoeslag krijgt als dit jaar. De Belastingdienst betaalt de zorgtoeslag uit. Zie www.belastingdienst.nl/rekenhulpen/toeslagen/ om uw zorgtoeslag te berekenen.

Tip

Jongeren vanaf 18 jaar hebben een zelfstandig recht op zorgtoeslag. Het inkomen van de ouders telt dus niet mee.

Rekenvoorbeeld

In 2015 kostte bijvoorbeeld de goedkoopste restitutiepolis € 1080 per jaar. Gemiddeld betaalden mensen € 240 per jaar aan eigen risico. Mensen met een minimuminkomen kregen € 942 aan zorgtoeslag, dus betaalden € 31 per maand zelf aan zorg. Zo houden we een goede zorgverzekering in Nederland voor iedereen toegankelijk.

Eigen bijdrage

Voor sommige zorg uit de basisverzekering moet u een eigen bijdrage betalen. De overheid bepaalt voor welke zorg dit geldt. En hoe hoog die bijdrage is. De eigen bijdrage is voor iedereen hetzelfde. De eigen bijdrage geldt bijvoorbeeld voor orthopedische schoenen. De eigen bijdrage in dit voorbeeld is van toepassing omdat iedereen, gezond of ongezond, schoenen moet kopen.

Onder de 18 jaar gratis. En dan?

Ook kinderen zijn verplicht om een zorgverzekering te hebben. U schrijft uw kind daarom binnen 4 maanden na de geboorte in bij een zorgverzekeraar. Voor de basisverzekering van kinderen onder de 18 jaar betaalt u geen premie en geldt geen eigen risico. Vanaf de maand waarin uw kind 18 wordt moet premie worden betaald, geldt het eigen risico en kan uw kind zorgtoeslag aanvragen.

Ten tweede: wat krijgt u daar dan voor?

Basisverzekering: natura- of restitutiepolis

Met een zorgverzekering bent u verzekerd van goede zorg. Uw rechten staan in de verzekeringspolis. U kiest zelf de polis die bij u past. Zorgverzekeraars bieden vaak verschillende polissen aan. De juiste

keuze vraagt daarom wat onderzoek door u. Het grootste verschil in de manier van verzekeren is een keuze tussen een polis met gecontracteerde zorg (natura) of een polis met vrije keuze (restitutie).

De basisverzekering via een restitutiepolis

U kunt kiezen voor een restitutiepolis. Hierbij regelt u zelf uw zorg en kiest u zelf uw zorgverlener (bijvoorbeeld de dokter of psychiater). U heeft daarbij recht op vergoeding van de zorgkosten (restitutie). Vaak stuurt uw zorgverlener de rekening direct naar uw verzekeraar. Soms betaalt u de kosten eerst zelf en vergoedt de verzekeraar u daarna.

De basisverzekering via een naturapolis

U kunt ook kiezen voor een polis waarbij uw zorgverzekeraar contracten afsluit met zorgverleners. De verzekeraar maakt zo vooraf afspraken over de prijs en kwaliteit van zorg. Dit heet gecontracteerde zorg. Een naturapolis geeft recht op de zorg als zodanig (natura).

Zorgverzekeraars bieden u beide vormen van polissen aan. Maar ook combinaties van de natura- of restitutiepolis. Zo zijn er polissen waarbij zorgverleners gecontracteerd zijn en moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorgverleners.

Zorgverzekeraars kunnen contracten sluiten met alle zorgverleners. Soms sluit de zorgverzekeraar bepaalde zorgverleners uit omdat deze zorgverleners volgens de verzekeraar een bepaalde complexe operatie te weinig uitvoeren. Een zorgverzekeraar kan ook een zorgverlener uitsluiten omdat hij erg duur is in verhouding tot andere zorgverleners.

Wilt u toch worden geholpen door een zorgverlener die buiten het contract valt? Dat kan, maar de zorgverzekeraar hoeft dan niet de totale rekening te vergoeden. Hoe hoog de vergoeding dan is staat in uw polis en op de website van de verzekeraar.

Tip: Neem contact op met uw zorgverzekeraar.

Als u wilt weten bij welke zorgverlener u voor een bepaalde aandoening precies terecht kunt, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar. De verzekeraar kan u ook adviseren over de kwaliteit van de zorgverlener. Hij kan u ook vertellen of er wachtlijsten zijn en waar u het snelste geholpen kunt worden. Ook is het goed om vooraf bij uw zorgverzekeraar te checken of hij een contract heeft met uw zorgverlener. Zo weet u vooraf al of de zorg volledig wordt vergoed.

Collectieve verzekering

De basisverzekering sluit u zelf af. Maar u kunt zich ook aansluiten bij een collectief. Dat is dezelfde basisverzekering voor een groep mensen. Zo maken werkgevers, vakbonden, ouderenorganisaties of patiëntenverenigingen speciale afspraken met zorgverzekeraars. Ook veel gemeenten bieden collectieve zorgverzekeringen aan. Deze zijn bedoeld voor mensen met een laag inkomen, die veel kosten maken voor hun zorg. Kijk op de website gezondverzekerd.nl om te zien wat uw gemeente aanbiedt. Met deze website kunt u een vergelijking maken met andere zorgverzekeringen.

Uw werkgever of patiëntenorganisatie kan met de zorgverzekeraar specifieke afspraken maken over zorg die vanuit het collectief vaker wordt gebruikt. Zo maken werkgevers en zorgverzekeraars afspraken over speciale til-trainingen om rugklachten te voorkomen.

U kiest

U kiest zelf wat uw voorkeur heeft qua (betalings)gemak, kosten en uw keuze voor een zorgverlener. Let op: u krijgt ieder jaar een nieuwe polis met mogelijk nieuwe voorwaarden of gecontracteerde zorgverleners. Controleer daarom elk jaar of de polis nog aansluit bij uw wensen en situatie. Misschien is uw gezondheid veranderd. Of de samenstelling van uw huishouden. Of uw besteedbare inkomen.

Tip: Neem uw zorgverzekering onder de loep

Verdiep u in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Ook als u van plan bent uw oude polis aan te houden. De afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners kunnen elk jaar veranderen. Niet alleen de prijs telt. Ook zaken als serviceverlening, duidelijke declaratieoverzichten, of wachtlijstbemiddeling. Misschien heeft u voorkeur voor een bepaalde zorgverlener. Voorkom verrassingen achteraf. Kies de polis en de zorgverzekeraar die bij u passen.

Wat doet de zorgverzekeraar

Ieder jaar vóór 19 november maken de zorgverzekeraars op hun website per polis de polisvoorwaarden bekend. Daarin geven ze aan wat de overheid heeft veranderd aan het basispakket en het verplicht eigen risico. Daarnaast geeft de zorgverzekeraar u een overzicht van de zorgverleners waarmee zij een contract hebben afgesloten en wat u moet betalen als u naar een zorgverlener wil waarmee deze verzekeraar geen contract heeft. De zorgverzekeraars hebben in hun gezamenlijk actieplan beloofd dat zij in een bijsluiter bij uw polis de bijzondere of afwijkende voorwaarden zullen benadrukken.

Aanvullende zorgverzekering

U kunt uw verplichte basisverzekering uitbreiden met een vrijwillige aanvullende verzekering. Een aanvullende zorgverzekering dekt zorgkosten die niet in het basispakket zitten. Bijvoorbeeld voor de tandarts, fysiotherapie of voor alternatieve geneeswijzen.

Verzekeraars passen tegenwoordig bijna geen medische selectie meer toe voor een aanvullende verzekering. In 2015 hanteerden zorgverzekeraars nog maar bij 5% van de aanvullende verzekeringen een acceptatiebeleid. Bij losse verzekeringen voor de mondzorg was dit in 2012 nog in 50% van de polissen; in 2015 bij 24%. Wel kan de zorgverzekeraar een wachttijd hanteren. Tijdens deze wachttijd bent u wel verzekerd, maar krijgt u bepaalde kosten (nog) niet vergoed. U krijgt bijvoorbeeld een nieuwe kroon uit de tandartsverzekering pas na één jaar vergoed. Niet meteen op de eerste dag van uw verzekering. Informeer bij uw zorgverzekeraar naar de voorwaarden.

U hoeft uw basisverzekering en uw eventuele aanvullende verzekering niet bij dezelfde verzekeraar af te sluiten. Voor een 'losse' aanvullende verzekering kunnen wel bijzondere voorwaarden gelden. Zo kan de premie hoger zijn.

Overstappen

In november ontvangt u van uw zorgverzekeraar het nieuwe polisaanbod voor 2016. Als u niets doet dan accepteert u automatisch de nieuwe voorwaarden en de premie.

U kunt overstappen door te kiezen voor een andere zorgverzekering bij dezelfde verzekeraar (bijvoorbeeld een restitutieverzekering in plaats van een naturaverzekering). Of u kunt overstappen naar een verzekering bij een andere zorgverzekeraar.

Let op: bij een eventuele overstap, moet u uw oude zorgverzekering vóór 1 januari 2016 opzeggen. U bent daarna verplicht om vóór 1 februari 2016 uw nieuwe zorgverzekering af te sluiten. U bent dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 verzekerd. Veel zorgverzekeraars zeggen voor u uw oude verzekering op als u voor 1 januari bij hen een nieuwe afsluit.

Wat doet de zorgverzekeraar bij overstappen

Ook de zorgverzekeraars zien in dat het overstappen best ingewikkeld is door alle keuzes en varianten. Zij willen u daar graag bij helpen.

Overstapservice

Zorgverzekeraars bieden een overstapservice aan. Uw nieuwe zorgverzekeraar zegt dan uw huidige polis voor u op als u uiterlijk 31 december een nieuwe zorgverzekering afsluit.

Overnemen van machtigingen

Kreeg u een machtiging voor bijvoorbeeld fysiotherapie of ziekenvervoer van uw oude verzekeraar? Uw nieuwe verzekeraar neemt die lopende machtiging dan over.

Ook afspraken met uw oude verzekeraar over een pgb neemt uw nieuwe verzekeraar over.

Websites

Op hun websites vermelden zorgverzekeraars welke polissen ze aanbieden en waarin die polissen van elkaar verschillen. Ook vermelden zij bij welke zorgverleners u terecht kunt en wat de (financiële) gevolgen zijn als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat.

Afwijkende polisvoorwaarden staan in een aparte bijsluiters bij de polis.

Aan de slag: u bent aan zet!

Wilt u niet blindelings kiezen voor de nieuwe polis en het nieuwe premie-aanbod dat uw huidige verzekeraar u toestuurt? Sta dan even stil bij de volgende punten:

- 1) Wat denkt u het komende jaar aan zorg nodig te hebben?
- 2) Kijk of deze zorg al gedekt wordt door uw basisverzekering.
- 3) Controleer of uw verzekeraar contracten heeft met de zorgverleners die u het liefste heeft.
- 4) Bedenk of u het eigen risico van € 385 wilt verhogen. Dat kan met maximaal € 500. Als u naast het verplicht eigen risico ook een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie voor uw basisverzekering.
- 5) Verwacht u meer zorg te gaan gebruiken dan wat er in de basisverzekering zit, bijvoorbeeld fysiotherapie of een bril? Bedenk dan of u deze zorg zelf kunt betalen of dat u zich hiervoor aanvullend verzekert.
- 6) Nu kunt u de verschillende zorgverzekeraars gaan vergelijken en hun keuze aan verzekeringen. En bekijk of er voor u een passende collectieve verzekering is, bijvoorbeeld via uw werkgever of gemeente.
- 7) Voor de vergelijking van verschillende polissen kunt u gebruik maken van vergelijkingssites. U kunt het best een paar verschillende sites bekijken. Sommige sites bieden kortingen en andere niet.
- 8) Zeg uw huidige verzekering uiterlijk 31 december op en sluit dan uiterlijk 1 februari 2016 uw nieuwe verzekering af.

Tip: Voor een uitgewerkt stappenplan kijkt u op www.consuwijzer.nl/zorg/zorgverzekeringen/zorgverzekering-vergelijken

Meer informatie

Wilt u meer weten, bijvoorbeeld:

Wat zit er in het basispakket? Voor welke zorg betaal ik geen verplicht eigen risico? Waar vraag ik zorgtoeslag aan? Kijk dan op www.rijksoverheid.nl

Hieronder vindt u andere sites met informatie over zorg en zorgverzekeringen:

- www.zorgverzekeraars.nl: informatie over de zorgverzekering én over de rol en verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars
- www.npcf.nl/themas/zorgverzekering-kiezen: informatie van de patiëntenfederatie NPCF over de zorgverzekering en overstappen
- www.iederin.nl: netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte
- www.consumentenbond.nl/zorgvergelijker: vergelijkingssite van de Consumentenbond
- www.nza.nl: organisatie die tarieven in de zorg vaststelt en toezicht houdt op zorgaanbieders en zorgverzekeraars
- www.zorgkaartnederland.nl: beoordeling van zorgverleners (artsen en ziekenhuizen) en zorgverzekeraars
- www.gezondverzekerd.nl: informatie over de collectieve verzekering van gemeenten
- www.zorgverzekeringslijn.nl: voor mensen met een betalingsachterstand
- www.skgez.nl: onafhankelijke klachteninstantie voor klachten over zorgverzekeraars
- <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl>: bij klachten over de kwaliteit van de zorg