

Zorg 2016 – ontwikkelingen

Ieder jaar vinden er veranderingen plaats ten aanzien van de zorgverzekering en het zorgstelsel. Omdat het erg lastig is een compleet overzicht te geven door het grote aantal wijzigingen hebben wij op de volgende pagina's de belangrijkste zaken uitgewerkt.

Soorten polissen

Budgetpolis

- Scherpe prijs.
- Zeer beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen.
- Vaak relatief lage vergoeding bij gebruik van niet gecontracteerde zorg.
- Veelal administratieve zaken online regelen.

Natura polis

- De “zorg” is verzekerd.
- Scherpe prijs.
- Gestuurde gecontracteerde zorgverlening.
- Lagere vergoeding bij gebruik van niet gecontracteerde zorg.

Restitutie polis

- De “zorgkosten” zijn verzekerd.
- Goede prijs / kwaliteit verhouding.
- Keuzevrijheid in zorgaanbieders: Dit wil niet zeggen altijd 100% betaling van de zorgkosten!
- Keuze voor gemak: Online, telefonisch of schriftelijk.

De zorgaanbieders in Nederland:



Zorgpremie, eigen risico en eigen bijdrage

Welke kosten betaalt iemand voor de zorgverzekering?

De verzekerde betaalt premie en er geldt een verplicht eigen risico. Voor sommige zorg moet de verzekerde ook nog een eigen bijdrage betalen. Heeft iemand een laag inkomen? Dan kan diegene zorgtoeslag aanvragen als tegemoetkoming in de premie en het verplicht eigen risico.

De verzekerde betaalt premie voor de zorgverzekering

Voor de basisverzekering betaalt de verzekerde een vast bedrag aan de zorgverzekeraar. Dit heet de nominale premie. De zorgverzekeraar stelt de hoogte van deze premie vast.

De werkgever of uitkeringsinstantie betaalt ook een deel van de zorgverzekering. Deze premie hangt af van hoeveel inkomen de verzekerde heeft. Diegene ziet dit niet op de salarisstroom, omdat de werkgever dit direct betaalt aan de Belastingdienst. Een zzp'er betaalt deze premie zelf aan de Belastingdienst. Als iemand een aanvullende verzekering heeft, betaalt diegene daar ook premie voor.

De verzekerde betaalt geen premie voor kinderen

Voor de basisverzekering van kinderen onder de 18 jaar betaalt de verzekerde geen premie.

Er geldt een verplicht eigen risico

Voor de basisverzekering geldt voor iedereen een verplicht eigen risico. Dit houdt in dat de eerste zorgkosten die onder uw eigen risico vallen, zelf moet betalen. De zorgverzekeraar verrekenst dit met de verzekerde. De overheid stelt de hoogte van het eigen risico vast. De verzekerde kan het verplicht eigen risico vrijwillig verhogen. De zorgverzekeraar geeft dan een korting op de maandelijkse premie voor de zorgverzekering. Deze korting verschilt per verzekeraar. Het verplicht eigen risico geldt alleen voor mensen van 18 jaar en ouder.

Zorgtoeslag krijgen bij laag inkomen

Als iemand een laag inkomen heeft, kan diegene zorgtoeslag krijgen. Dit is een tegemoetkoming in de premie en het verplicht eigen risico. Hoeveel zorgtoeslag diegene kan krijgen, hangt af van onder andere het inkomen en de levenssituatie. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag. De Belastingdienst beoordeelt elk jaar op welk bedrag iemand recht heeft. Ga er dus niet vanuit dat iemand volgend jaar net zoveel zorgtoeslag krijgt als dit jaar.

Voor sommige zorg betaalt de verzekerde een eigen bijdrage

Soms moet een verzekerde voor zorg uit het basispakket naast het eigen risico ook 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, hoortoestellen en ziekenvervoer.

Het basispakket wordt per 1 januari 2016 uitgebreid met vergoedingen voor:

- Vervolgtesten (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) bij een positieve Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) die vrouwen in het buitenland hebben ondergaan.
- Vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf bij intensieve kindzorg. Er moet wel een medische indicatie zijn.
- Noodzakelijk ambulancevervoer bij jeugd-ggz.
- Voor een compleet overzicht van de vergoedingen verwijzen wij u naar: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

Verandering eigen bijdrage

Per 1 januari 2016 vervalt de eigen bijdrage voor gehoortoestellen voor kinderen tot 18 jaar. Dit geldt ook voor tinnitusmaskeerders (een hulpmiddel tegen oorsuizen).

Wat zit er in het basispakket van de zorgverzekering?

De overheid bepaalt wat er in het basispakket zit. Het basispakket 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 iemand 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.

In het basispakket van de zorgverzekering van 2016 is het volgende opgenomen:

- geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen;
- verblijf in het ziekenhuis;
- wijkverpleging (inclusief het persoonsgebonden budget (pgb) voor wijkverpleging);
- medicijnen;
- specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ), inclusief behandeling door een psychiater;
- Basis GGZ, inclusief de eerstelijnspsycholoog en een internet behandel traject;
- de eerste 3 jaar verblijf in een ggz-instelling;
- hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging of een specifieke beperking (dus niet rollators en andere eenvoudige loophulpmiddelen);
- fysiotherapie tot 18 jaar;
- (beperkte) fysiotherapie en oefentherapie vanaf de 21ste behandeling bij bepaalde chronische aandoeningen;
- bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie tot en met de 9e behandeling;
- logopedie en ergotherapie;
- tandheelkundige zorg (controle en behandeling) voor kinderen tot 18 jaar;
- tandheelkundige chirurgische zorg (kaakchirurg) en kunstgebit;
- fluoridebehandeling voor kinderen onder de 6 jaar die 'blijvende' tanden en kiezen krijgen;
- ziekenvervoer;
- vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf bij intensieve kindzorg. Er moet een medische indicatie zijn.
- noodzakelijk ambulancevervoer bij jeugd-ggz.
- kraamzorg;
- maximaal 3 behandeluren dieetadvies;
- vervolgtesten (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) bij een positieve Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) die vrouwen in het buitenland hebben ondergaan.
- 3 ivf-behandelingen;
- stoppen-met-rokenprogramma;

- zorg voor gehandicapten die niet goed horen of zien of een taalontwikkelingsstoornis hebben;
- revalidatiezorg voor ouderen (geriatrische revalidatiezorg).

Voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket

Veelbelovende zorg kan tijdelijk of voorwaardelijk in het pakket komen. In een korte periode wordt dan wetenschappelijk onderzocht of de zorg effectief is. Alleen zorg waarvan de werking wetenschappelijk bewezen is, kan namelijk in het basispakket komen als daartoe wordt besloten.

Deze behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket:

- behandeling van geïnfecteerde pancreasnecrose (ontsteking van weefsel in de alvleesklier);
- behandeling van een ernstige vorm van de ziekte van Crohn;
- behandeling van hoge bloeddruk via de nieren voor patiënten die niet meer reageren op de normale behandeling;
- behandeling van een herseninfarct door het bloedstolsel op te lossen;
- behandeling van lage rugpijn met verdovende geneesmiddelen;
- HIPEC bij colorectaal carcinoom (per 1 april 2015);
- behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) voor patiënten met uitgezaaide huidkanker (per 1 juli 2015);
- behandeling met Belimumab (Benlysta) voor patiënten met de ongeneeslijke auto-immuunziekte SLE (per 1 juli 2015);
- autologe vettransplantatie (AFT) bij borstreconstructie na borstkanker (per 1 oktober 2015);
- percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) voor behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia (per 1 januari 2016).

Let op: Voorwaardelijk toegelaten zorg is niet beschikbaar voor alle patiënten met een medische indicatie voor die zorg. Voor voorwaardelijk toegelaten behandelingen gelden speciale regels. Vraag de verzekeraar of iemand een vergoeding krijgt voor deze behandelingen.

Nieuwe technieken, behandelmethoden en geneesmiddelen

Er komen regelmatig nieuwe medicijnen en behandelingen in het basispakket. Bovendien is niet voor alle instroom in het pakket een aparte beslissing van de overheid nodig. Als bijvoorbeeld medisch specialisten een nieuwe behandeling introduceren, zit die behandeling daarmee automatisch in het pakket van de zorgverzekering.

Nieuwe medicijnen tegen chronische hepatitis C die recent zijn opgenomen in het basispakket:

- Sinds 1 november 2015 zit de vergoeding van het geneesmiddel Harvoni in het basispakket. Dit nieuwe medicijn maakt de behandeling van chronische hepatitis C effectiever.
- Het medicijn Solvaldi, dat sinds 1 november 2014 al in het basispakket zit, is sinds 1 november 2015 voor patiënten in alle ziektestadia beschikbaar.
- Sinds 1 oktober 2015 worden de geneesmiddelen Viekirax en ExVviera tegen chronische hepatitis C vergoed vanuit het basispakket. Het middel is voor patiënten met chronische hepatitis C (virus genotype 1 en 4). Dat is 60 % van de patiënten. De medicijnen komen beschikbaar voor patiënten in alle ziektestadia.
- Sinds 1 maart 2015 het nieuwe middel daclatasvir (Daklinza);
- Sinds 1 november 2014 het middel sofosbuvir (Solvaldi).

Slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen niet in basispakket

Slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) krijgt iemand meestal niet vergoed vanuit de basisverzekering. Iemand krijgt deze wel vergoed als er geen alternatief medicijn beschikbaar is. Bijvoorbeeld bij:

- epilepsie;
- angststoornissen (als een behandeling met ten minste 2 antidepressiva niet aanslaat);

- meervoudige psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is. (Bijvoorbeeld bij afkicken van alcohol en drugs en bij psychosen);
- palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Polisvoorwaarden

In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering staat wat de verzekering precies vergoedt en onder welke voorwaarden. Daarin leest iemand ook hoe vaak de verzekeraar de behandeling vergoedt. En of iemand een eigen bijdrage moet betalen.

Is fysiotherapie opgenomen in het basispakket?

Fysiotherapie zit gedeeltelijk in het basispakket van de zorgverzekering. Wat iemand precies vergoed krijgt, hangt af van de leeftijd en de reden waarom diegene fysiotherapie krijgt. Diegene kan zich aanvullend verzekeren voor fysiotherapie die niet in de basisverzekering zit.

Vergoeding fysiotherapie jongeren tot 18 jaar

Jongeren tot 18 jaar krijgen de eerste 9 behandelingen voor fysiotherapie en oefentherapie vergoed. Hebben deze behandelingen niet het gewenste resultaat? Dan vergoedt de zorgverzekeraar eventueel meer behandelingen (maximaal 9). Jongeren met een chronische aandoening kunnen alle behandelingen voor fysiotherapie en oefentherapie vergoed krijgen. De aandoening moet dan op de lijst met chronische aandoeningen staan.

Vergoeding fysiotherapie 18 jaar en ouder

Heeft iemand een chronische aandoening die op de chronische lijst staat? Dan krijgt diegene fysiotherapie en oefentherapie vergoed vanaf de 21e behandeling. Diegene betaalt de eerste 20 behandelingen dus zelf. Deze 20 behandelingen gelden per aandoening en niet per kalenderjaar. Heeft iemand geen chronische aandoening? Dan wordt de fysiotherapie niet vanuit de basisverzekering vergoed.

Vergoeding bekkenfysiotherapie

Heeft iemand urine-incontinentie? Dan krijgt diegene de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie vergoed.

Fysiotherapie vergoed uit aanvullende verzekering

Heeft iemand een aanvullende zorgverzekering? Dan krijgt diegene mogelijk meer behandelingen vergoed. Raadpleeg hiervoor de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Vraag de zorgverzekeraar ook naar vergoedingen van behandelingen zoals Mensendieck of Cesar. En of diegene een eigen bijdrage moet betalen.

Zorgverzekeraar contract met fysiotherapeut

Vraag bij de zorgverzekeraar na of deze een contract heeft met de fysiotherapeut van de keuze van de verzekerde. Diegene krijgt de behandeling anders misschien niet helemaal vergoed. Dit is afhankelijk van de polis. Iemand heeft geen verwijsbrief van de huisarts nodig voor een bezoek aan de fysiotherapeut.

Prijzen fysiotherapie

Er gelden geen vaste prijzen voor fysiotherapie en oefentherapie. Elke fysiotherapeut moet de prijzen zichtbaar ophangen in de behandelkamer.

Is ziekenvervoer opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering?

Iedereen krijgt ziekenvervoer vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Het moet dan wel gaan om medisch noodzakelijk vervoer. Er geldt een eigen bijdrage. Of iemand zelf de vervoerder mag kiezen hangt af van de polis van diegene.

Vergoeding ambulance

Het basispakket vergoedt vervoer per ambulance als iemand voor medische zorg naar een ziekenhuis, instelling of zorgverlener gebracht moet worden. De verzekeraar vergoedt ook het vervoer terug naar huis.

Eigen bijdrage en eigen risico ambulancevervoer

Niemand betaalt een eigen bijdrage voor ambulancevervoer. Dit vervoer telt wel mee voor het eigen risico.

Vergoeding ziekenvervoer met auto of openbaar vervoer

De verzekeraar vergoedt alleen ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer als iemand:

- nierdialyses in een instelling krijgt;
- oncologische behandelingen krijgt met chemotherapie of radiotherapie;
- zich alleen per rolstoel kunt verplaatsen;
- zich alleen met begeleiding kunt verplaatsen omdat diegene een beperkt gezichtsvermogen heeft.

In de meeste andere situaties krijgt iemand geen vergoeding. Er is een uitzondering: als iemand langdurig ziek is, krijgt diegene in sommige gevallen toch een vergoeding. Deze regeling staat bekend als de hardheidsclausule.

Eigen bijdrage en eigen risico bij ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer

De vervoerskosten die iemand of een vervoerder declareert bij de zorgverzekeraar tellen mee voor het eigen risico. Diegene betaalt ook een eigen bijdrage.

Aanvullende voorwaarden ziekenvervoer

Controleer in de polis welke voorwaarden gelden voor de vergoeding van ziekenvervoer. Er kunnen aanvullende voorwaarden gelden.

Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?

Heeft iemand hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging? Dan krijgt diegene deze vergoed uit het basispakket. Zorgverzekeraars vergoeden eenvoudige loopmiddelen, zoals krukken of een rollator niet meer. Heeft diegene blijvend hulpmiddelen nodig, bijvoorbeeld vanwege een handicap? Dan krijgt diegene deze meestal van uw gemeente.

Hulpmiddelen via zorgverzekeraar

Een zorgverzekering regelt de hulpmiddelen die iemand nodig heeft voor behandeling, verpleging, revalidatie en verzorging. Bijvoorbeeld een verstelbaar bed of een speciale matras als iemand langdurige bedrust nodig heeft. Meer informatie over hulpmiddelen vindt u in de hulpmiddelenwijzer.

Hulpmiddelen via gemeente

Heeft iemand een hulpmiddel nodig om thuis zelfstandig te kunnen blijven wonen? Of om iemand in huis en daarbuiten goed te kunnen verplaatsen? Deze hulpmiddelen krijgt diegene van de gemeente (vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)). Voorbeelden van hulpmiddelen die iemand blijvend nodig kan hebben zijn een rolstoel, traplift of een elektrische deuropener. Voor meer informatie kan diegene terecht bij het Wmo-loket van de gemeente.

Eenvoudige loophulpmiddelen niet meer vergoed

Eenvoudige loophulpmiddelen, zoals rollators, krukken en looprekken, zitten niet in het basispakket van de zorgverzekering. Iemand kan deze hulpmiddelen zelf kopen of huren. Bijvoorbeeld bij een thuiszorgwinkel. Het is ook mogelijk dat de zorgverzekeraar deze hulpmiddelen heeft opgenomen in een aanvullende verzekering. Kan iemand deze hulpmiddelen niet zelf betalen? Dan komt diegene misschien in aanmerking voor bijzondere bijstand. Neem hiervoor contact op met de gemeente.

Vergoeding tandartskosten

De basisverzekering vergoedt veel verschillende tandheelkundige behandelingen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar en voor verzekerden vanaf 18 jaar. Verder zijn bepaalde tandheelkundige behandelingen beschikbaar voor alle verzekerden, ongeacht de leeftijd.

Mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar

De basisverzekering dekt een uitgebreid pakket behandelingen. Bijvoorbeeld: periodiek preventief onderzoek, tandsteen verwijderen, vullingen en chirurgische tandheelkundige hulp. Raadpleeg de verzekeringspolis voor een compleet overzicht.

Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

De basisverzekering dekt de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp, röntgenonderzoek en uitneembare kunstgebitten.

Mondzorg voor alle verzekerden

De basisverzekering vergoedt bijzondere tandheelkundige zorg als er een ernstige (ontwikkelings-) stoornis of afwijking van de mond is. Orthodontie en implantaten vallen onder bijzondere tandheelkundige zorg.

Aanvullende tandartsverzekering

Wilt iemand meer kosten voor de tandarts vergoed krijgen? Dan kan diegene een aanvullende verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar. Welke behandelingen en hoeveel er wordt vergoed, verschilt per verzekeraar.

Krijgt iemand een behandeling in een privékliniek of zelfstandig behandelcentrum vergoed?

Privéklinieken en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) zijn particuliere zorginstellingen. Iemand kan daar behandelingen krijgen zoals plastische chirurgie, ooglasering en liposuctie. De zorgverzekering vergoedt zulke behandelingen meestal niet.

Behandeling in privékliniek niet vergoed

In een privékliniek hoeven geen medisch specialisten te werken. Er kunnen ook alleen basisartsen of andere soorten zorgverleners werken, zoals verpleegkundigen of fysiotherapeuten. De zorgverzekering vergoedt behandelingen in privéklinieken niet. Behandelingen in die klinieken moet de verzekerde dus zelf betalen.

Behandeling in zelfstandig behandelcentrum soms vergoed

Een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) is een samenwerkingsverband tussen 2 of meer medisch specialisten. Er kunnen ook basisartsen werken. De zorgverzekeraar vergoedt sommige behandelingen in zelfstandige behandelcentra. Bijvoorbeeld als de behandeling voor iemand medisch noodzakelijk is. Vraag dit van tevoren na bij de zorgverzekeraar.

Controle op zelfstandige behandelcentra en privéklinieken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op zelfstandige behandelcentra. Privéklinieken hebben geen registratieplicht. Er is wel een keurmerk voor zelfstandige klinieken.

Wat gebeurt er als iemand de premie van de zorgverzekering niet betaalt?

Betaalt iemand de premie voor de zorgverzekering niet? Dan stuurt de zorgverzekeraar diegene betalingsherinneringen. De verzekeraar kan diegene ook een betalingsregeling aanbieden. Na 6 maanden niet betalen meldt de zorgverzekeraar diegene als wanbetaler aan bij het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut houdt de premie dan in op diegene zijn/haar inkomen.

Hogere premie zorgverzekering bij wanbetaling

De zorgverzekeraar meldt de verzekerde na 6 maanden betalingsachterstand aan als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland. De verzekerde betaalt dan premie aan het instituut die veel hoger is dan de gewone zorgpremie. Deze hogere premie heet 'bestuursrechtelijke premie' en bedraagt 130% van de standaardpremie. De werkgever, uitkeringsinstantie of pensioeninstantie houdt de premie in op het loon, uitkering of pensioen. Daarmee betalen zij het Zorginstituut Nederland. Heeft iemand geen (regelmatige) inkomsten? Of is het inkomen te laag om de premie te kunnen inhouden? Dan ontvangt diegene maandelijks een acceptgiro van het CJIB. Diegene moet dan zelf de premie overmaken. Daarnaast ontvangt de verzekerde zijn/haar zorgtoeslag niet meer zelf. Daarmee wordt de premie aan het Zorginstituut betaald.

Verzekerd voor basisverzekering

De verzekerde blijft wel verzekerd voor de basisverzekering bij de eigen zorgverzekeraar. Heeft diegene ook een aanvullende verzekering? Dan kan de zorgverzekeraar die beëindigen.

Schuld aflossen bij zorgverzekeraar

Met de betaling van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut Nederland lost de verzekerde de bestaande schuld bij de zorgverzekeraar niet af. Probeer hiervoor een betalingsregeling te treffen met de zorgverzekeraar.

Schuld bij zorgverzekeraar afgelost

Het Zorginstituut Nederland stopt met inhouden van de bestuursrechtelijke premie als de zorgverzekeraar de verzekerde afmeldt bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar meldt de verzekerde af als diegene zijn/haar schuld heeft terugbetaald of een betalingsregeling heeft afgesproken. Of als diegene een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen. De verzekerde ontvangt een brief van het Zorginstituut als de inhouding of betaling van de bestuursrechtelijke premie stopt. De werkgever, uitkeringsinstantie of pensioeninstantie ontvangt ook bericht dat hij geen premie meer hoeft in te houden.

Zorgverzekering niet op te zeggen bij wanbetaling

Met een betalingsachterstand kan de verzekerde de zorgverzekering niet opzeggen. Daardoor is overstappen naar een andere verzekeraar niet mogelijk. De verzekerde kan zijn/haar schuld dus niet ontlopen.

Hoeveel eigen risico moet iemand betalen voor zijn/haar zorgverzekering?

Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. De overheid stelt de hoogte hiervan vast. De verzekerde kan vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico.

Verplicht eigen risico 2016

Het verplicht eigen risico voor 2016 is € 385. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 385 aan zorgkosten die onder het eigen risico vallen, zelf moet betalen. Dit is € 10 meer dan het eigen risico in 2015.

Bij veel zorgverzekeraars is het mogelijk om het eigen risico in termijnen te betalen.

Vrijwillig hoger eigen risico

De verzekerde kan het verplichte eigen risico vrijwillig ophogen met € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De zorgverzekeraar geeft dan een korting op de maandelijkse premie voor de basisverzekering.

Voorbeeld verhogen eigen risico:

Kiest iemand het maximale vrijwillig eigen risico (€ 500)? Dan kan het dus zijn dat diegene € 885 (€ 500 + € 385) moet betalen. Bijvoorbeeld voor een behandeling in het ziekenhuis.

Eigen risico kinderen

Kinderen tot 18 jaar betalen geen eigen risico.

Eigen risico geldt niet voor alle zorg

Het eigen risico geldt voor bijna alle zorg die in de basisverzekering zit, maar niet voor de huisarts en enkele andere zorgvormen.

Geen verplicht eigen risico voor bepaalde zorg

Voor de volgende zorg betaalt de verzekerde geen eigen risico:

- huisartsenzorg (waaronder de huisartsenpost);
- verloskundige zorg en kraamzorg;
- specifieke zorg bij bepaalde chronische aandoeningen (te weten: diabetes mellitus type 2, COPD en CVR);
- wijkverpleging;
- nacontroles bij orgaandonatie;
- reiskosten bij orgaandonatie.

De zorgverzekeraar kan ook bepaalde zorgaanbieders, zorgprogramma's, medicijnen en hulpmiddelen uitsluiten van het eigen risico.

Huisartskosten en spoedeisende hulp

Het bezoek aan de huisarts valt niet onder het eigen risico. Onderzoek dat de huisarts laat doen, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek, valt wel onder het eigen risico.

Het bezoek aan de huisartsenpost valt niet onder het eigen risico. Verdere behandelingen in het ziekenhuis vallen wel onder het eigen risico.

Zorg van de afdeling spoedeisende hulp valt altijd onder het eigen risico.

Wanneer betaalt iemand een eigen bijdrage voor zorg?

Voor sommige zorg uit het basispakket moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen. De overheid bepaalt voor welke zorg de eigen bijdrage geldt en hoe hoog die bijdrage is. De eigen bijdrage is voor iedereen hetzelfde.

Voor welke zorg betaalt iemand een eigen bijdrage?

De verzekerde betaalt een bijdrage voor bijvoorbeeld kraamzorg, ziekenvervoer en hulpmiddelen zoals orthopedische schoenen of hoortoestellen.

Eigen bijdrage en eigen risico

Heeft iemand zorg gekregen waarvoor bovenop het eigen risico ook een eigen bijdrage geldt? Dan geldt:

- De verzekerde betaalt eerst de eigen bijdrage.
- Het bedrag dat overblijft, valt vervolgens onder het verplicht eigen risico.
- Het bedrag dat daarna overblijft, valt onder het vrijwillig eigen risico (als de verzekerde dat heeft).
- Het bedrag dat dan overblijft, betaalt de zorgverzekeraar.

Verzekerd in het buitenland

Is iemand verzekerd voor de zorgverzekering als diegene in het buitenland woont?

Woont, werkt of studeert de verzekerde in het buitenland? Dan bepaalt de persoonlijke situatie of diegene in Nederland verzekerd blijft voor ziektekosten.

Nederlands pensioen of uitkering

Woont iemand in het buitenland en ontvangt diegene een pensioen of uitkering uit Nederland? Dan vervalt de Nederlandse zorgverzekering. Hoe iemand zich moet verzekeren hangt af van het land waar diegene woont:

- **Verdragsland:** een verdragsland is een land waarmee Nederland afspraken heeft over vergoeding van medische zorg. Verhuist iemand naar een verdragsland? Dan moet diegene zich registreren bij het Zorginstituut Nederland. Diegene betaalt dan een bijdrage aan het Zorginstituut om verzekerd te zijn voor medische zorg in het land waar diegene woont.
- **Niet-verdragsland:** woont iemand in een niet-verdragsland? Dan moet diegene zelf een ziektekostenverzekering afsluiten in het land waar diegene woont.

Wonen in het buitenland en werken in Nederland

Woont iemand in het buitenland en werkt diegene in Nederland? Dan moet diegene in Nederland een zorgverzekering afsluiten. De gezinsleden kunnen geen zorgverzekering afsluiten in Nederland. Maar soms kunnen ze wel worden meeverzekerd (afhankelijk van het land waar diegene woont).

Wonen in Nederland en werken in het buitenland

Woont iemand in Nederland en werkt diegene in het buitenland? Dan vervalt de Nederlandse zorgverzekering meestal. Diegene moet zich verzekeren in het land waar hij/zij werkt. De gezinsleden kan diegene vaak meeverzekeren.

Tijdelijk in het buitenland

Gaat iemand tijdelijk in het buitenland wonen of werken? Dan kan dat gevolgen hebben voor de zorgverzekering. Het hangt af van het land en hoe lang iemand daar blijft. Er zijn uitzonderingen voor gedetacheerden, diplomaten en uitgezonden ambtenaren.

Studeren in het buitenland

Gaat iemand studeren in het buitenland? Dan blijft de Nederlandse zorgverzekering geldig. Gaat iemand daarnaast ook werken of heeft diegene een betaalde stage? Dan gelden er andere regels voor uw Nederlandse zorgverzekering in het buitenland.

In dienst bij volkenrechtelijke organisatie

Werkt iemand bij een volkenrechtelijke organisatie, zoals de VN of de NAVO? En is diegene verzekerd via deze organisatie? Dan is diegene meestal niet verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Dat geldt niet als diegene naast het werk voor de volkenrechtelijke organisatie ook ander werk in Nederland doet.

Hoe is iemand voor zorg verzekerd als hij/zij op vakantie is in het buitenland?

Als iemand op vakantie gaat naar het buitenland, blijft diegene verzekerd voor zorg. Welke medische zorg diegene kunt krijgen, hangt af van het land waar hij/zij op vakantie is. Ook de vergoeding van zorgkosten hangt daarvan af. Soms dekt de zorgverzekering sommige kosten niet of niet helemaal. Misschien heeft diegene een aanvullende verzekering of reisverzekering nodig.

Zorgkosten buitenland

Nederland heeft met een aantal landen de afspraak dat zij elkaars verzekerden helpen als die zorg nodig hebben. In deze verdragslanden heeft iemand recht op medische zorg uit het basispakket van dat land. Deze landen verrekenen de kosten achteraf met elkaar. Heeft Nederland geen afspraken gemaakt met het land waar iemand naartoe gaat? Zoek dan in de polis van de zorgverzekering of reisverzekering op voor welke medische zorg diegene daar verzekerd is.

Langer verblijf in het buitenland

Gaat iemand voor langere tijd naar het buitenland, bijvoorbeeld tijdens een wereldreis? Dan bepaalt de Nederlandse zorgverzekeraar of diegene nog verzekerd is. Dit kunt u navragen bij de zorgverzekeraar.

Europese ziekteverzekeringskaart

Gaat iemand voor langere tijd reizen of werken in Europa? Dan kan de Europese ziekteverzekeringskaart handig zijn. Met deze kaart krijgt iemand makkelijker toegang tot medische voorzieningen in het buitenland. En diegene krijgt de kosten sneller vergoed. De kaart kan worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

Overig

Wat verandert er aan de zorgnota?

Voor behandelingen in ziekenhuis of zelfstandige klinieken die zijn gestart en afgesloten na 1 juni 2014 ontvangt de verzekerde een zorgnota nieuwe stijl. Op de nieuwe nota staan meer gegevens en een begrijpelijke vertaling van medische begrippen. Dit maakt de nota beter leesbaar. Hierdoor krijgt de verzekerde meer inzicht in de eigen zorgkosten en kan de verzekerde makkelijker onjuistheden in de declaraties vinden.

Extra gegevens op de vernieuwde zorgnota

Zodra de zorgverzekeraar kosten voor een behandeling aan de zorgverlener heeft vergoed, krijgt de verzekerde een zorgnota. Is de ziekenhuisbehandeling gestart na 1 juni 2014 en is deze afgesloten? Dan krijgt de verzekerde een vernieuwde zorgnota.

De informatie op de rekeningen wordt toegankelijker gemaakt. Waar eerder een ingewikkelde code stond, staat nu helder omschreven wat de behandeling inhoudt. Daarnaast komen er extra gegevens op de rekening. Bijvoorbeeld een beschrijving van de zorgactiviteiten. Dit zijn alle activiteiten van een medisch specialist en ondersteunend personeel om uw gezondheid en/of welzijn te verbeteren.

Krijgt iemand te maken met wachttijden als hij/zij zorg nodig heeft?

Wachten op (niet-acute) zorg is normaal en in principe ook niet zorgelijk. Zolang het niet leidt tot gezondheidsschade of onnodig lang werkverzuim. De wachttijden of wachtlijsten in zorginstellingen hangen af van de instelling en het soort zorg dat diegene zoekt.

Wachttijden ziekenhuizen

Elk ziekenhuis kan andere wachttijden hanteren voor polikliniek, dagbehandeling en meerdaagse opnamen. Informatie over wachttijden van ziekenhuizen zijn te vinden op hun websites.

Maximaal aanvaardbare wachttijden

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid hebben afspraken gemaakt over de wachttijden. Per sector zijn in de zorg de maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld.

Wachttijstbemiddeling door de zorgverzekeraar

Vindt de verzekerde dat hij/zij te lang moet wachten op de zorg die diegene nodig heeft? De zorgverzekeraar kan diegene misschien helpen om een zorgaanbieder te vinden die eerder kan helpen.

Overige wachttijden zorg

Er zijn ook wachtlijsten voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen, voor jeugdzorg en gehandicaptenzorg. Natuurlijk bieden de diverse instellingen zelf ook informatie over wachttijden op hun websites of in brochures.

Kan iemand ziektekosten via de belasting aftrekken?

Sommige ziektekosten kan de verzekerde van de belasting aftrekken. Deze kosten heten specifieke zorgkosten. Zoals kosten voor medicijnen, maar bijvoorbeeld ook kosten voor hulpmiddelen.

Regeling specifieke zorgkosten

Kijk voor de mogelijkheden om zorgkosten af te trekken op de website van de Belastingdienst. Daar staat vermeld welke ziektekosten aftrekbaar zijn.

Hoe kan iemand een klacht indienen over de zorgverzekeraar?

Als iemand een klacht heeft over de zorgverzekeraar, bespreek deze dan eerst met de zorgverzekeraar zelf. Elke zorgverzekeraar heeft een klachtenregeling. Informeer hier naar. Komt diegene er niet uit met de zorgverzekeraar? Dan kan diegene terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Is iemand niet tevreden over de behandeling van de klacht door de zorgverzekeraar? Dan kan diegene terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze stichting heeft een ombudsman en een geschillencommissie:

Ombudsman Zorgverzekeringen

De Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddelt tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar. De verzekerde kan de klacht per brief voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Of gebruik het klachtenformulier Ombudsman Zorgverzekeringen op de website van de SKGZ. De bemiddeling van de Ombudsman is gratis.

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Lukt bemiddeling door de Ombudsman niet? Dan kan de verzekerde de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De uitspraak van deze commissie is bindend. De verzekerde kan de klacht per brief voorleggen aan de geschillencommissie. Ook kan de verzekerde het klachtenformulier Geschillencommissie Zorgverzekeringen invullen op de website van de SKGZ. De diensten van de geschillencommissie zijn niet gratis. Maar krijgt de verzekerde gelijk? Dan krijgt diegene de kosten terug.

Hoe kan iemand een zorgnota controleren?

De verzekerde kan de zorgnota inzien via de website van de zorgverzekeraar. Tips voor het controleren van de rekening staat weergegeven op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Inzicht en controle factuur zorgverlener

Een zorgverlener stuurt een rekening meestal rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Op dat moment controleert de verzekeraar de rekening.

Daarna kan de verzekerde de rekening zien via 'mijn omgeving' op de website van de zorgverzekeraar. Dit kan vanaf het moment dat de verzekeraar de kosten voor behandeling aan het ziekenhuis heeft vergoed. Zo kan de verzekerde controleren of de genoteerde behandelingen inderdaad zijn uitgevoerd. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit vindt u tips voor het controleren van uw zorgnota.

Onjuistheden factuur zorgverlener

Staan er onjuistheden op de ziekenhuisrekening? Meld dit dan aan de zorgverzekeraar. Die kan de melding dan onderzoeken en laat aan de verzekerde weten wat er met het signaal is gedaan. De rekening wordt aangepast of de verzekerde krijgt een verklaring waarom de rekening toch klopt.

Veelgestelde vragen

Waar moet iemand op letten bij het afsluiten van een zorgverzekering?

Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een basisverzekering hebben en heeft daarbij bepaalde rechten en plichten, namelijk:

Een basisverzekering is verplicht, een aanvullende verzekering niet

Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een basisverzekering hebben. Zo'n basispakket dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis, psychiater of apotheek. Het is niet verplicht om een aanvullende verzekering af te sluiten.

Een zorgverzekeraar moet iedereen accepteren voor de basisverzekering

Iemand mag kiezen bij welke zorgverzekeraar hij/zij een zorgverzekering afsluit. Een zorgverzekeraar kan deze persoon niet weigeren voor de basisverzekering, wat de leeftijd of gezondheid ook is. Een zorgverzekeraar mag deze persoon wel weigeren voor de aanvullende verzekering, maar in de praktijk komt dit bijna niet voor.

Zorgverzekeringen hoeven niet bij dezelfde verzekeraar worden afgesloten

Een basisverzekering en eventuele vrijwillige aanvullende verzekering hoeven niet bij dezelfde verzekeraar worden afgesloten. Voor een 'losse' aanvullende verzekering kunnen wel bijzondere voorwaarden gelden, zoals een hogere premie.

Er is keuze uit verschillende zorgpolissen

Zorgverzekeraars bieden verschillende polissen aan: een naturapolis, een restitutiepolis, een budgetpolis of een combinatie daarvan. Bij een naturapolis kiest de verzekeraar goede zorgaanbieders en sluit er contracten mee. Als iemand zorg nodig heeft, dan is er keuze uit één van deze geselecteerde zorgaanbieders. Bij een restitutiepolis kiest iemand zelf de zorgaanbieder en de verzekeraar vergoedt de kosten. Een budgetpolis heeft een zeer beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders, waarbij een relatief lage (of zelfs geen) vergoeding volgt bij gebruik van niet gecontracteerde zorg.

Een zorgverzekeraar heeft zorgplicht

Een zorgverzekeraar heeft zorgplicht. Dit betekent dat de verzekeraar de verzekerde moet helpen om de juiste zorg te vinden. En ervoor zorgen dat de verzekerde deze op tijd krijgt en op een redelijke afstand bij de verzekerde vandaan. Kan een verzekerde bijvoorbeeld niet tijdig in een ziekenhuis terecht? Dan is de verzekeraar verplicht om te zorgen dat de verzekerde elders terecht kunt.

Een verzekerde kan ieder jaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar

Aan het eind van ieder jaar kan een verzekerde overstappen naar een andere zorgverzekering. De oude zorgverzekering moet dan wel vóór 1 januari worden opgezegd en de nieuwe verzekering moet dan vóór 1 februari worden afgesloten. De verzekerde is dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekerd.

Is een zorgverzekering verplicht?

Er zijn twee soorten zorgverzekeringen: een basisverzekering en een aanvullende verzekering. Een basisverzekering is verplicht, een aanvullende verzekering niet.

Basisverzekering verplicht

Wie in Nederland woont of werkt, moet een basisverzekering afsluiten. Iemand verzekert zich daarmee voor zorg uit het basispakket. Denk aan de huisarts, het ziekenhuis, de psychiater en de apotheek. De overheid stelt vast wat er in het basispakket van de zorgverzekering zit.

Basisverzekering voor kinderen

Ook voor kinderen moet er een basisverzekering worden afgesloten. Een verzekerde schrijft het kind daarom binnen 4 maanden na de geboorte in bij een zorgverzekeraar. Dit kan bij de verzekeraar waarbij de verzekerde de eigen zorgverzekering heeft afgesloten, maar dit is niet verplicht.

Voor de basisverzekering van kinderen onder de 18 jaar wordt geen premie betaald en geldt geen eigen risico. Vanaf de 1e maand nadat het kind 18 jaar is geworden moet premie betaald worden. Ook geldt vanaf dat moment het eigen risico en kan het kind zorgtoeslag aanvragen.

Aanvullende verzekering niet verplicht

Iemand mag zelf weten of hij of zij ook een aanvullende verzekering afsluit. Hiermee kan diegene zich extra verzekeren voor kosten die de basisverzekering niet vergoedt. De basisverzekering en eventuele vrijwillige aanvullende verzekering hoeven niet bij dezelfde verzekeraar worden afgesloten.

Gemoedsbezwaren

Wil iemand wegens het geloof geen zorgverzekering? Dan hoeft diegene geen zorgverzekering af te sluiten. Diegene betaalt dan in plaats van premie een bedrag aan de Belastingdienst.

Is er een verzekeringsplicht voor iemand met gemoedsbezwaren?

Heeft iemand door het geloof of levensovertuiging bezwaar tegen het afsluiten van een zorgverzekering? Dan kan diegene ontheffing van de verzekeringsplicht en van de premieplicht aanvragen. In plaats van premie betaalt diegene dan een belasting. De belasting wordt op het loon, pensioen of uitkering ingehouden.

Ontheffing zorgverzekering aanvragen

Wie in Nederland woont of werkt, is verzekerd voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Heeft iemand hier gemoedsbezwaren tegen? Dan kan diegene voor de Wlz een ontheffing aanvragen bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Diegene is dan ook niet meer verzekerd voor de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bijdrage vervangende belasting

Heeft iemand premievrijstelling door gemoedsbezwaren? Dan betaalt diegene geen verzekeringspremies, maar moet wel een bijdrage vervangende inkomstenbelasting of loonbelasting betalen. De werkgever, pensioeninstantie of uitkeringsinstantie houdt de bijdrage vervangende belasting in op het loon, pensioen of uitkering. Zij betalen de premie aan de Belastingdienst.

De bijdrage is net zo hoog als de inkomensafhankelijke bijdrage die verzekerden betalen voor het basispakket.

Spaarrekening voor medische kosten

De Belastingdienst geeft de bijdrage vervangende belasting aan het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut vormt daarmee het spaartegoed voor medische kosten.

Maakt diegene gebruik van medische zorg? Dan betaalt het Zorginstituut de kosten daarvan met het saldo van het spaartegoed. Is het spaarsaldo niet voldoende om alle kosten te vergoeden? Dan betaalt diegene de rest zelf.

Heeft iemand aan het einde van het jaar spaartegoed over? Dan gaat een deel van de bijdrage vervangende belasting naar het spaartegoed voor het volgende jaar. Een ander deel (maximaal de helft van uw bijdrage) gaat in het Zorgverzekeringsfonds. De kosten van de zorg worden vanuit het Zorgverzekeringsfonds betaald.

Zorgtoeslag

Gemoedsbezwaarden hebben geen recht op zorgtoeslag.

Wat gebeurt er als iemand niet verzekerd is voor de zorgverzekering?

Heeft iemand geen basisverzekering voor ziektekosten afgesloten? Dan meldt het Zorginstituut Nederland diegene aan bij een zorgverzekeraar. Het Zorginstituut houdt de premie in op het inkomen. Heeft iemand medische zorg nodig terwijl hij/zij nog geen verzekering heeft? Dan betaalt diegene de kosten zelf.

Aanmelden bij zorgverzekeraar

Als iemand niet verzekerd is, stuurt het Zorginstituut Nederland daarover een brief. Diegene moet dan binnen 3 maanden een zorgverzekering afsluiten of aantonen dat diegene zich niet hoeft te verzekeren (bijvoorbeeld wegens gemoedsbezwaren). Doet iemand dat niet, dan krijgt diegene een boete.

Na 2 boetes meldt het Zorginstituut Nederland iemand aan bij een zorgverzekeraar. Het Zorginstituut houdt dan 12 maanden premie in op de inkomsten. Dit is de zogeheten bestuursrechtelijke premie (130% van de standaardpremie). Heeft diegene geen vast inkomen? Dan krijgt diegene een acceptgiro toegestuurd.

Premie niet met terugwerkende kracht betalen

De premie voor de zorgverzekering hoeft niet met terugwerkende kracht te worden betaald. In de periode waarin iemand niet was verzekerd betaald diegene de kosten voor medische zorg wel zelf.

Welke polissen biedt de zorgverzekeraar?

Zorgverzekeraars bieden verschillende polissen aan. Iedereen kan zich namelijk op verschillende manieren verzekeren.

Restitutiepolis

Iemand kan kiezen voor een restitutiepolis. Diegene kiest zelf de zorgverlener en de zorgverzekeraar vergoedt de kosten.

Naturapolis

Bij een naturapolis kiest de verzekeraar goede zorgaanbieders en sluit er contracten mee. Als iemand zorg nodig heeft, kiest diegene dan uit een van deze geselecteerde zorgaanbieders. Wilt diegene toch door een andere zorgverlener worden geholpen? Dat kan, maar de zorgverzekeraar mag dan een lagere vergoeding geven. Hoe hoog de vergoeding dan is staat in de polis.

Budgetpolis

Een budgetpolis heeft een zeer beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders, waarbij een relatief lage (of zelfs geen) vergoeding volgt bij gebruik van niet gecontracteerde zorg.

Combinatiepolis

Bij een combinatiepolis heeft iemand in bepaalde gevallen recht op zorg (zoals geregeld in een naturapolis) en in andere gevallen recht op een vergoeding van zorg (zoals in een restitutiepolis).

Pro-life polis

Heeft iemand ethische bezwaren bij bepaalde vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie (ivf) of geslachtsverandering? Dan kan diegene deze vormen van zorg uitsluiten op de zorgverzekering. Dit heet een pro-life polis.

Collectieve zorgverzekering

De basisverzekering sluit iemand zelf af. Maar iemand kan 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. Bijvoorbeeld over zorg die vanuit het collectief vaker wordt gebruikt. Denk aan afspraken over speciale til-trainingen om rugklachten te voorkomen. Iemand kan bij de werkgever navragen of hij/zij gebruik kunt maken van een collectieve verzekering. Of bij de patiëntenvereniging of (belangen)organisatie waarbij diegene aangesloten is.

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 www.gezondverzekerd.nl om te zien wat welke gemeente aanbiedt. Met deze website kan iemand een vergelijking maken met andere zorgverzekeringen.

Polisvoorwaarden

Aan het eind van ieder jaar ontvangt een verzekerde een nieuwe polis met mogelijk nieuwe voorwaarden of gecontracteerde zorgverleners. Zo kan diegene controleren of de polis nog aansluit bij de wensen en situatie. Als de verzekerde wil, kan hij/zij een andere polis kiezen of overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Waar moet iedereen aan denken bij het overstappen van zorgverzekeraar?

Uiterlijk 19 november ontvangt elke verzekerde, van de zorgverzekeraar, de nieuwe polis voor het nieuwe jaar. Als diegene niets doet, accepteert diegene automatisch de nieuwe voorwaarden en premie. De verzekerde kan ook overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

1. Bepalen of iemand wil overstappen
2. Bepaal welk zorgpakket iemand nodig denkt te hebben

Iedereen is wettelijk verplicht een basisverzekering te hebben. Zo'n basispakket dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, psychiater, ziekenhuis of apotheek. Verwacht iemand meer zorg te gaan gebruiken? Bepaal dan of diegene deze behandeling zelf kan betalen of dat diegene zich hiervoor aanvullend verzekert.

3. Bedenk of iemand het eigen risico wil verhogen

Voor de basisverzekering geldt in 2016 een wettelijk verplicht eigen risico van € 385. Dit betekent dat iemand de eerste € 385,- zelf betaalt van de zorgkosten die onder het eigen risico vallen. Iedereen kan vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico. De zorgverzekeraar geeft dan korting op de maandelijkse premie voor de zorgverzekering.

4. Bepaal welk soort polis iemand wil afsluiten

Er zijn verschillende soorten polissen. Iemand kan bijvoorbeeld kiezen voor een naturapolis. Bij deze polis kiest de verzekeraar goede zorgaanbieders en sluit er contracten mee. Als diegene zorg nodig heeft, kiest diegene uit een van deze geselecteerde zorgaanbieders. Het is dan ook belangrijk om te controleren of de verzekeraar contracten heeft met de zorgverleners die diegene het liefste heeft. Iemand kan ook kiezen voor een restitutiepolis: diegene kiest zelf de zorgaanbieder en de verzekeraar vergoedt de kosten.

5. Vergelijk zorgverzekeringen (vanaf eind november)

Ieder jaar op 19 november maken de zorgverzekeraars op hun websites de polisvoorwaarden voor het komende jaar bekend. Deze ontvangen de verzekerden ook per brief van de verzekeraar.

Vanaf dit moment kan iedereen zorgverzekeraars en de zorgverzekeringen vergelijken.

Let bij het vergelijken bijvoorbeeld op de hoogte van de premie. Daar kan verschil in zitten. Maar kijk bijvoorbeeld ook hoe de zorgverzekeraar omgaat met klachten en welke service deze verder biedt. Maakt de verzekeraar bijvoorbeeld voldoende werk van zijn wettelijke zorgplicht? Met andere woorden: bemiddelt de verzekeraar actief als iemand een zorgverlener zoekt?

Controleer ook of de zorgverzekeraar contracten heeft met de zorgverleners die diegene wenst. En wat iemand moet betalen als diegene naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit geldt alleen bij de zogeheten naturapolis.

6. Goed om te weten als iemand overweegt over te stappen

Overweegt iemand over te stappen? Dan is dit goed om te weten:

- De huidige zorgverzekering moet iemand vóór 1 januari opzeggen en de nieuwe verzekering moet diegene vóór 1 februari afsluiten. Diegene is dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekerd. Zorgverzekeraars bieden een overstapservice aan. Zij zeggen de huidige polis voor iemand op als hij/zij uiterlijk 31 december een nieuwe zorgverzekering afsluit.
- De basisverzekering en eventuele vrijwillige aanvullende verzekering hoeven niet bij dezelfde verzekeraar worden afgesloten. Voor een 'losse' aanvullende verzekering kunnen wel bijzondere voorwaarden gelden, zoals een hogere premie.
- Voor sommige behandelingen uit het basispakket heeft iemand toestemming (een machtiging) nodig van de zorgverzekeraar. Kreeg diegene een machtiging voor bijvoorbeeld fysiotherapie

of ziekenvervoer van de oude verzekeraar? Dan neemt de nieuwe verzekeraar die over. Dit geldt ook voor de afspraken over een persoonsgebonden budget.

- Verzekeraars passen bijna geen medische selectie meer toe voor een aanvullende verzekering. Wel kan de zorgverzekeraar een wachttijd hanteren bij de overstap. Dan krijgt iemand bepaalde kosten nog niet direct vergoed. Diegene krijgt bijvoorbeeld de kosten voor een nieuwe kroon uit de tandartsverzekering vergoed als deze gemaakt zijn na 6 maanden.

Mag iemand een zorgverzekering afsluiten voor iemand anders?

Als iemand zelf geen zorgverzekering kan afsluiten, mag iemand anders dit voor hem of haar doen. In de meeste gevallen heeft diegene toestemming nodig. Soms is dit niet nodig.

Een zorgverzekering voor iemand anders afsluiten

Voor de volgende mensen kan iemand zonder hun toestemming een zorgverzekering afsluiten:

- minderjarige kinderen;
- iemand die bij diegene onder curatele, bewind of mentorschap is gesteld.

In andere gevallen heeft iemand een schriftelijke verklaring nodig van de persoon voor wie diegene de verzekering afsluit. Is die persoon niet in staat om toestemming te geven? Dan kunt diegene zijn zaakwaarnemer worden. Diegene ondertekent dan zelf de aanvraag.

Krijgt een asielzoeker zonder verblijfsvergunning een zorgverzekering?

Een asielzoeker kan pas een Nederlandse zorgverzekering afsluiten nadat er een beslissing is over zijn verblijfsaanvraag. Ook als hij/zij al een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv) heeft. Vaak kan een asielzoeker wel een buitenlandpolis of internationale zorgverzekering afsluiten. Voor asielzoekers die in een centrale opvanglocatie verblijven, geldt een aparte regeling.

Buitenlandpolis of internationale verzekering

Sommige zorgverzekeraars bieden polissen aan voor mensen die naar Nederland komen, ook voor studie, werk en immigratie. Om zo'n verzekering te krijgen moet de aanvrager voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Hij/zij heeft geen Nederlandse ziektekostenverzekering.
- Hij/zij heeft (nog) geen permanente verblijfsvergunning.
- Hij/zij zit niet in een centrale opvanglocatie.

Neem voor meer informatie over de mogelijkheden contact op met een zorgverzekeraar.

Ziektekostenverzekering uit ander land

Heeft een asielzoeker een ziektekostenverzekering uit een ander land met een geldige dekking voor Nederland? Dan is hij/zij hier verzekerd tegen ziektekosten. Dit kan alleen als hij/zij (nog) geen permanente verblijfsvergunning heeft. En ook niet als hij/zij in een centrale opvanglocatie zit.

Medische zorg illegalen

Mensen die illegaal in Nederland verblijven, kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Zij krijgen wel medisch noodzakelijke zorg. De behandelend arts bepaalt of daar sprake van is. Kunnen mensen die illegaal in Nederland verblijven de zorg niet zelf betalen? Dan krijgen ze soms een bijdrage van het Zorginstituut Nederland.

Ziektekostenregeling asielzoekers

Asielzoekers die in afwachting zijn van de uitslag van hun asielverzoek verblijven in een asielzoekerscentrum. Zij zijn daar collectief verzekerd via de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Ze hebben recht op bijna alle zorg uit het basispakket en zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverzekering afsluiten na ingang verblijfsvergunning

Gaat de permanente verblijfsvergunning in van een asielzoeker? Dan kan hij/zij vanaf die datum binnen 4 maanden een Nederlandse zorgverzekering afsluiten. Zijn/haar zorgverzekering start dan met ingang van de datum waarop de verblijfsvergunning inging. Dus eventueel met terugwerkende kracht. In dat geval moet hij/zij ook met terugwerkende kracht premie betalen aan zijn zorgverzekeraar.

Heeft een zorgverzekeraar acceptatieplicht?

Een zorgverzekeraar is wettelijk verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering, wat de leeftijd of gezondheidssituatie ook is. De verzekeraar mag iemand wel weigeren voor een aanvullende verzekering, maar in de praktijk komt dit bijna niet voor.

Basisverzekering: acceptatieplicht

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Deze verzekering dekt de basiszorg van bijvoorbeeld de huisarts, het ziekenhuis, de psychiater en de apotheek.

Een verzekeraar mag dus ouderen of zieken niet weigeren en ook niet om een hogere premie vragen.

Aanvullende verzekering: geen acceptatieplicht

Iedereen kan de verplichte basisverzekering uitbreiden met een vrijwillige aanvullende verzekering. Een zorgverzekeraar bepaalt zelf welke aanvullende verzekeringen hij aanbiedt en welke voorwaarden daarvoor gelden. Hij mag iemand ook weigeren voor de aanvullende verzekering, maar in de praktijk komt dit bijna niet voor.

Een zorgverzekeraar kan wel een wachttijd voor de aanvullende verzekering hanteren. Dan is iemand al wel verzekerd, maar krijgt diegene bepaalde kosten (nog) niet vergoed. Diegene krijgt bijvoorbeeld een nieuwe kroon uit de tandartsverzekering pas na 6 maanden vergoed en niet meteen op de 1e dag van de verzekering. Informeer naar de voorwaarden bij de zorgverzekeraar.

Iedereen mag een aanvullende verzekering afsluiten bij een andere zorgverzekeraar dan die van het basispakket.