



Vereniging van
Ehlers-Danlos
patiënten

Zorgverzekering: Het is weer de tijd van het jaar om te kijken naar de zorgverzekering voor het volgende jaar.

Auteur: VED redactie

Inleiding

De zorgverzekering is een van de meest complexe verzekeringen die er bestaat. Dit omdat een zorgverzekering niet alleen een recht en een plicht is, maar ook een wet. In dit artikel nemen we jullie mee in de wereld van de zorgverzekeringen. Hierbij zullen we een kleine uitleg geven over hoe de zorgverzekering in elkaar zit. Daarnaast zullen we wat tips meegeven, hoe je kunt beginnen met de zoektocht welke verzekering het beste bij je past.

Hoe zit een zorgverzekering in elkaar?

Een zorgverzekering kan bestaan uit verschillende onderdelen. De basisverzekering met het eigen risico, een aanvullende verzekering en een tandverzekering. Sommige verzekeraars hebben ervoor gekozen om een aanvullende en tandverzekering te combineren. Dit gebeurt ook regelmatig als je gebruikmaakt van een collectieve verzekering via de gemeente. Het zijn dus nogal wat onderdelen en daarin zijn dan nog weer de verschillende mogelijkheden. Er zijn verzekeraars die 3 verschillende basisverzekeringen, 6 aanvullende verzekeringen en 5 tandartsverzekeringen aanbieden. Heel veel om over na te denken. Elke zorgverzekeraar heeft de premies 2025 reeds bekend gemaakt.

Basisverzekering en het eigen risico

De basisverzekering is in Nederland de minimaal verplichte zorgverzekering als je volgens de zorgverzekeringswet recht hebt op een zorgverzekering. Voor elke verzekerde van 18 jaar of ouder wordt een verplicht eigen risico van € 385,- gehanteerd. Dat betekent dat je voor vergoedingen uit de basisverzekering de eerste € 385,- zelf betaalt, voordat de verzekeraar gaat vergoeden. Er zijn hier enkele uitzonderingen op, zoals een bezoek aan de huisarts. De vergoedingen die plaatsvinden via de basisverzekering zijn door de overheid vastgelegd in de zorgverzekeringswet. Dit betekent dat elke basisverzekering dezelfde vergoedingen heeft. Er zijn verschillende overheidsinstellingen betrokken bij het samenstellen van de basisverzekering, zoals het Zorg Instituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit en het Ministerie van VWS.

Er zijn verzekeraars waar je kunt kiezen voor een hoger eigen risico. In ruil voor een hoger eigen risico krijg je een korting op de premie van je basisverzekering. Dit betekent dat je maandelijks minder betaalt, maar dat betekent ook dat zodra je zorg nodig hebt die valt onder de basisverzekering en aanspraak maakt op het eigen risico, je eerst een hoger bedrag zelf betaalt. Dit is voornamelijk interessant als je verwacht dat je geen of heel weinig zorg nodig zal hebben. De meeste verzekeraars bieden ook de optie om vooraf gespreid het eigen risico te betalen.



Vereniging van
Ehlers-Danlos
patiënten

Dit gebeurt vaak in 10 termijnen van € 38,50 en bij de meeste verzekeraars is het ook mogelijk om achteraf nog een betalingsregeling te treffen. Bij sommige gemeente-collectieven is het zo dat eigen risico in de maandelijkse premie wordt meegenomen.

Voor de basisverzekering heb je keuze uit 3 opties; dit heeft voornamelijk te maken met de hoogte van de vergoeding van zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering en bij welke ziekenhuizen/zorgaanbieders je terecht kunt.

- *De naturapolis met beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders. (In de volksmond ook wel budgetpolis genoemd)*
Over het algemeen is dit een basisverzekering met een lagere premie. Je kunt dan terecht bij de door de verzekering speciaal geselecteerde zorgaanbieders. Dit geldt alleen voor planbare zorg; dit houdt in dat je op verwijzing van de huisarts bijvoorbeeld een afspraak maakt in het ziekenhuis. Gaat het om spoedeisende zorg, dan kun je meestal in alle ziekenhuizen terecht. Kies je toch voor een andere zorgaanbieder, dan krijg je een lagere vergoeding en betaal je naast het eventuele eigen risico ook het verschil tussen de kosten van de behandeling en de vergoeding van de verzekering.
- *De naturapolis*
Hierbij kun je bij alle door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders terecht en wordt de behandeling - als deze valt onder de vergoeding van de basisverzekering - voor 100% vergoed uit de basisverzekering, met uitzondering van het eventuele eigen risico. Bij deze verzekering krijg je bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ook een lagere vergoeding en betaal je naast het eventuele eigen risico ook het verschil tussen de kosten van de behandeling en de vergoeding van de zorgverzekering.
- *De restitutiepolis*
Dit een verzekering waarbij je terecht kunt bij door de verzekering gecontracteerde zorgaanbieders en bij alle zorgaanbieders die werken volgens de richtlijnen van de basisverzekering, maar waar een verzekeraar geen contract mee heeft. Je krijgt dan meestal 100% van het wettelijk vastgestelde (marktconforme) tarief vergoed. Deze zorgverzekering is vaak wel duurder dan de naturapolissen.
- *De combinatiepolis*
Dit is een polis waarbij er een combinatie is gemaakt van een restitutiepolis en een naturapolis. Dit betekent dat er per zorgsoort door de verzekeraar besloten wordt welke vergoedingen als restitutiepolis vergoed kunnen worden en welke als naturapolis. Hierbij zien we meestal dat ziekenhuiszorg wel als restitutie vergoed kan worden, maar dat geestelijk gezondheidszorg vaak alleen vergoed wordt volgens de naturapolis, maar dan wel vaak een net wat hoger percentage dan bij een volledige naturapolis. Let op! Hier kan per verzekeraar veel verschil in zitten. Informeer hier bij de verzekeraar goed naar voor de soorten zorg die jij nodig denkt te hebben het komende jaar.



Vereniging van
Ehlers-Danlos
patiënten

Let op! Als je kiest voor niet-gecontracteerde zorg, dan zit hier automatisch meer administratie aan vast. Tenzij er een betaalovereenkomst is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, ontvang je meestal zelf de nota, die je zelf dient te betalen aan de zorgverlener en ook dien je de nota ter vergoeding zelf in bij de zorgverzekeraar.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

De aanvullende verzekering

Dit is het onderdeel van de verzekering waar verzekeraars zelf de inhoud van samenstellen. Het kan dus zo zijn dat de ene verzekeraar hierin iets wel heeft opgenomen en de andere verzekeraar niet. Het gaat dan om vergoedingen die niet zijn opgenomen in de basisverzekering, zoals reguliere fysiotherapie, brillen en lenzen of alternatieve geneeswijze, en zo zijn er nog vele andere vergoedingen mogelijk. Er zijn verzekeraars waar je per module of onderwerp kunt verzekeren en er zijn verzekeraars die werken met vaste pakketten.

De tandverzekering

Dit is een verzekering die (een deel van) de tandartskosten kan vergoeden. Ook hier is het per verzekeraar verschillend wat en hoeveel er vergoed wordt. Zo zal de ene verzekeraar wel een vergoeding hebben voor orthodontie boven de 18 jaar en de andere niet. Bovendien zal de ene verzekeraar 100% vergoeden tot een maximaal bedrag en de andere misschien 75% tot een maximaal bedrag.

Collectiviteiten

Het is soms mogelijk om een collectiviteitsvoordeel te krijgen, bijvoorbeeld via een werkgever, ledenvereniging of sportorganisatie. Tot en met 31-12-2022 was dit op de basisverzekering maximaal 5% en op aanvullende verzekering mag de verzekeraar dit zelf bepalen. Per 01-01-2023 heeft de overheid besloten dat er helemaal geen collectiviteitskorting op de basisverzekering mag worden toegepast. Op de aanvullende verzekering mag dit nog wel. Daarnaast zijn er ook nog collectiviteiten, waarbij je een extra vergoedingenpakket krijgt. Dit is per collectiviteit en verzekeraar verschillend.

Hoe kies ik een verzekering die het beste bij mij past?

Het is altijd lastig om de verzekering voor het volgende jaar te kiezen. Er zijn zoveel mogelijkheden en zoveel keuzes en niet te vergeten ook zoveel premies. En zoveel mensen betekent ook zoveel wensen. Dit kost vaak veel tijd, zoekwerk en energie en dit hebben de meesten van ons al niet zoveel. Dus wij hopen dat dit stappenplan jullie verder kan helpen.

1. Wat kan/wil ik betalen per maand voor een zorgverzekering? Hierbij kan het natuurlijk een groot verschil maken of je recht hebt op zorgtoeslag of niet. Je kunt dit checken via



Vereniging van
Ehlers-Danlos
patiënten

www.toeslagen.nl Vergeet hierin niet mee te nemen dat het eigen risico ook betaald moet worden.

2. Wat voor een basisverzekering wil ik? Een budgetpolis (naturapolis), een reguliere naturapolis een restitutiepolis of een combinatiepolis. Dit hangt dus ook af van welke zorgaanbieders je gebruikmaakt en of de verzekeraar een contract heeft met hen of niet. Je kunt dit controleren via de website van elke verzekeraar. Zij zijn verplicht om een zogenoemde zorgzoeker op de website te plaatsen met de gecontracteerde zorgaanbieders.
3. Welke zorg wil ik verzekerd hebben? Denk dan aan bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, tandartskosten, brillen en/of lenzen, etc.
4. Heb ik machtigingen voor hulpmiddelen die lopen bij mijn huidige verzekeraar die over de jaarwisseling heen gaan? Informeer dan goed of je de machtiging over kunt laten zetten of niet. Het is soms mogelijk om de toestemming van de huidige verzekeraar naar je nieuwe verzekeraar te sturen, waardoor deze zonder een nieuwe keuring of complete artsaanvraag overgezet kan worden. Dit geldt ook voor een lopend PGB vanuit de zorgverzekeringswet die over het jaar heen gaat.
5. Om wat tijd en energie te besparen kun je gebruikmaken van [Independer](#). Je kunt op deze website aangeven welke zorg voor jou belangrijk is, waarna je dan de meest passende zorgverzekeringen te zien krijgt. Hier kun je dan een selectie maken welke verzekeringen er voor jou uitspringen om deze verder te onderzoeken. Dit kan een persoonlijke voorkeur voor een merk zijn, maar ook welke vergoedingen er in een pakket opgenomen zijn. Let op! Hierbij worden de collectiviteiten niet meegenomen.
6. Als je enkele verzekeringen geselecteerd hebt, controleer dan of jouw zorgaanbieders een contract hebben of niet. Helaas is er nog geen website die een overzicht weergeeft dat laat zien welke zorgaanbieder met welke verzekeraar een contract heeft.
7. Vergeet niet je verzekering te regelen voor 1 januari 2025! Je kunt tot 14 dagen na ontvangst van je polisblad nog een wijziging doorgeven of de verzekering annuleren. Heb je niet de tijd om dit voor 1 januari 2025 te doen, zeg dan je oude verzekering wel op voor 1 januari 2025, dan heb je tot en met 31 januari 2025 de tijd om een nieuwe verzekering af te sluiten. Bij sommige verzekeraars is het mogelijk om de aanvullende en tandverzekeringen te wijzigen tot en met 31 januari 2025.
8. De basisverzekering wil ik hebben bij merk A en ik wil een aanvullende en/of tandverzekering bij merk B hebben, want dat is het beste wat bij mij past. Geen zorgen, dat is mogelijk. De meeste verzekeraars willen wel dat je dit voor 1 januari 2025 doorgeeft. Ingewikkeld? Nee. Heel veel extra werk? Nee, wel een klein beetje extra werk. De meeste zorgaanbieders zien dan dat je verzekerd bent, maar er zijn zorgaanbieders die niet kunnen zien of jij een aanvullende verzekering hebt of niet. Dan krijg je zelf de rekening. Je stuurt deze dan in bij je basisverzekering en als je de afwijzing hebt, stuur je de afwijzing en de rekening in bij de verzekeraar waar je de aanvullende verzekering hebt. Deze zal het dan vergoeden, mits de vergoeding is opgenomen in de aanvullende verzekering. De zorgpas is alleen van toepassing op de basisverzekering, hierdoor is het zo dat je een zorgpas krijgt van de verzekeraar waar jij de basisverzekering hebt afgesloten. Je krijgt van de verzekeraar waar je alleen een aanvullende en/of tandverzekering hebt alleen een polisblad.



Vereniging van
Ehlers-Danlos
patiënten

9. Vind je het zelf uitzoeken via het internet toch een ding, dan kun ook altijd een zorgverzekering bellen voor meer informatie. Zij zullen ook naar bovenstaande punten vragen en aan de hand daarvan kunnen ze jou informatie geven over de mogelijkheden en kosten van hun verzekering. Ons advies: begin op tijd. In de laatste week van december zal het bij elke zorgverzekeraar onwijs druk zijn.
10. En als laatste tip: twijfel je of iets vergoed wordt of dat een zorgverlener een contract heeft, contacteer altijd je verzekeraar. Je zorgaanbieder heeft geleerd om zorg te verlenen en de zorgverzekeraar heeft mensen in dienst die geleerd hebben om uit te leggen hoe zorg vergoed wordt. Helaas komt het nog te vaak voor dat een zorgverlener zegt dat zijn zorg wordt vergoed, maar bijvoorbeeld vergeet te vermelden dat het eigen risico van toepassing is of dat er vooraf toestemming aangevraagd moet worden.

Mogelijke tegemoetkoming vanuit de gemeente

Het is goed om te weten dat sommige gemeentes een regeling hebben voor het eigen risico. Bij bepaalde inkomensniveaus kunnen zij op basis van het verbruik van je eigen risico een (gedeeltelijke) vergoeding aanbieden. Deze inkomensgrenzen verschillen per gemeente. Informeer bij jouw gemeente of zo'n regeling beschikbaar is voor jou.

Daarnaast kun je op <https://www.gezondverzekerd.nl/> controleren of jouw gemeente een collectieve zorgverzekering aanbiedt.

N.B. Een zorgaanbieder kan zijn een ziekenhuis, een kliniek of in verzekeringstermen een zelfstandig behandelcentrum, ergotherapeut, fysiotherapeut, GGZ-instelling of psycholoog, etc.

Overzicht van websites die genoemd of gebruikt zijn voor dit artikel:

www.nza.nl

www.rijksoverheid.nl

www.zorginstituutnederland.nl

www.independen.nl

www.toeslagen.nl

© VED, 27 september 2022 (update november 2024)

De VED is niet verantwoordelijk voor de juistheid van vertalingen van artikelen, video's of enig ander materiaal dat op de website, of aan de VED gerelateerde bronnen gepubliceerd/ uitgegeven wordt. Deze samenvatting kan niet opgevat worden als medisch advies.