Zorg-verzekering kiezen

ALLES WAT U MOET WETEN OVER DE ZORGVERZEKERING

Inhoud

Basisverzekering voor iedereen

- Wat zit in de basisverzekering?
- Nieuw in 2019
- Natura en restitutie
- Wat krijg ik vergoed bij gecontracteerde zorg?
- Wat krijg ik bij niet-gecontracteerde zorg?
- Speciale polis

Eigen risico en eigen bijdrage, hoe zit het ook alweer?

- Eigen risico
- Eigen bijdrage
- Wat valt NIET onder het eigen risico?
- Wat valt WEL onder het eigen risico?
- Tip: het eigen risico slim benutten

Aanvullende verzekering en tandarts

- 3 redenen om een aanvullende verzekering af te sluiten
- Tandartsverzekering: kan lastig zijn

Overstappen

- Waarom wel en waarom niet?
- Overstappen: zo doet u het

Basisverzekering voor iedereen

Wat zit in de basisverzekering?

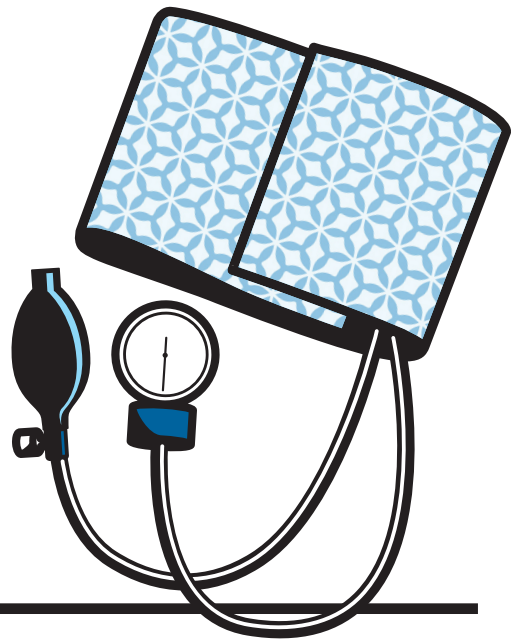
Als u zoekt naar een nieuwe basisverzekering voor volgend jaar is het goed om te weten dat wát er vanuit een basisverzekering per verzekeraar niet verschilt. Dat wordt landelijk bepaald.
Bovendien geldt voor de basisverzekering een acceptatieplicht: u bent zonder vragen welkom. De basisverzekering vergoedt de meeste standaardzorg, zoals bezoek aan een huisarts en een ziekenhuis en revalidatiezorg voor ouderen. Maar niet alles wordt vergoed uit het basispakket: bijvoorbeeld niet alle medicijnen of fysiobehandelingen. Daarvoor is dan een aanvullende verzekering nodig. Het aanbod daarvan en de prijzen lopen sterk uiteen. Wie goed vergelijkt en overstapt kan zo zorgkosten in 2019 besparen of beperken.

Nieuw in 2019

Ieder jaar wordt het basispakket iets aangepast. Voor dit jaar is onder meer aangekondigd:

- Een vergoeding om overgewicht tegen te gaan (GLI).
- En de vergoeding voor zittend vervoer wordt ruimer.

De definitieve pakketten worden medio november bekend gemaakt.



Natura en restitutie

Hoevéél er wordt vergoed verschilt wel per verzekeraar. Zo bieden verzekeraars naturapolissen en restitutiepolissen aan. Een naturapolis is goedkoper, maar geeft vaak alleen volledige vergoeding bij door de verzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Kijk daarom goed welke zorgverleners voor welke soort zorg zijn gecontracteerd voordat u een naturapolis kiest. Met een restitutiepolis heeft u meer vrijheid in het kiezen van een zorgverlener.

Lees ook op plusonline.nl: In 5 stappen naar betere zorg

Wat krijg ik vergoed bij gecontracteerde zorg?

Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders over de kwaliteit en de prijs.

■ Afspraken met zorgaanbieders

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: ze moeten de juiste zorg bieden aan iedereen die daar recht op heeft. Zo staat onder meer in de wet dat er binnen 45 minuten spoedeisende hulp beschikbaar moet zijn. Om dit te kunnen realiseren, kopen verzekeraars zorg in bij zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen. Alle afspraken staan in een speciaal contract. De ene zorgverzekeraar heeft een contract met een ziekenhuis bij u in de buurt, de andere verzekeraar weer niet.

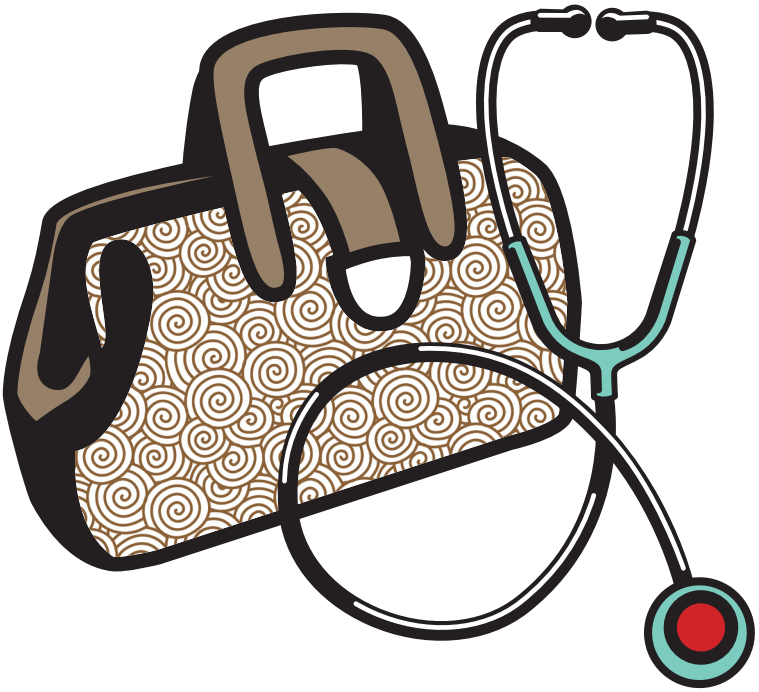
■ De vergoeding

Gecontracteerde zorg wordt vergoed. Wel kan het zo zijn dat er een eigen risico of eigen bijdrage wordt gevraagd van de verzekerde. Het eigen risico blijft in 2019 €385. Op de website van uw zorgverzekeraar is te vinden met welke zorgaanbieders een contract is gesloten.

Lees ook op plusonline.nl: Wat krijg ik vergoed?

Wat krijg ik vergoed bij niet-gecontracteerde zorg?

Zorgverzekeraars hebben niet met elk ziekenhuis een contract gesloten. Wat vergoedt de verzekeraar in het geval van niet-gecontracteerde zorg? Het verschilt per polis of de verzekeraar de zorg betaalt als er geen contract is met een bepaalde zorgaanbieder. In ieder type polis vermeldt de verzekeraar welk percentage van de zorg wordt vergoed. Er bestaan drie verschillende zorgpolissen in Nederland: de budgetpolis, naturapolis en restitutiepolis.



■ De budgetpolis

Mensen met een budgetpolis betalen over het algemeen een lage zorgpremie. Deze is vaak goedkoper dan een naturapolis of een restitutiepolis. Dat heeft een reden: er is minder keuzevrijheid. Als u een budgetpolis heeft en de verzekeraar heeft geen contract met het ziekenhuis waar u moet zijn of waar u graag heen wilt, dan betaalt u een deel van de zorg zelf. En bij een opname in het ziekenhuis kan dat bedrag flink oplopen.

■ De naturapolis

Ook de naturapolis is goedkoper dan een restitutieverzekering, maar opnieuw is er beperkte keuze uit zorgaanbieders. Bij niet-gecontracteerde zorg betaalt u een deel van de zorgkosten zelf. Dit geldt overigens niet voor spoedeisende hulp. Die wordt wel volledig vergoed, net als bij een budgetpolis.

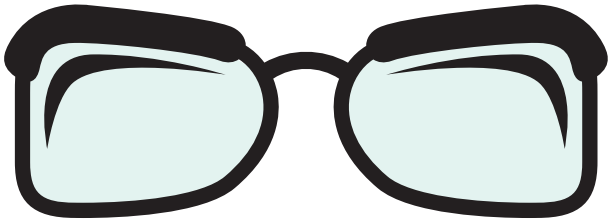
De restitutiepolis

Wie behoefte heeft aan ruime keuze, kiest voor een restitutieverzekering. U kiest zelf de zorgverlener. Het voordeel hiervan is dat u bijvoorbeeld terechtkunt bij uw favoriete fysiotherapeut of bij medische specialisten door het hele land.
Let op: ook in het geval van een restitutiepolis kan het alsnog voorkomen dat u een deel van de kosten zelf betaalt. Vaak wordt er een marktconform-bedrag afgesproken voor de zorg. Overschrijdt u dit bedrag, dan moet u de rest zelf betalen.

Minimale vergoedingen

De verzekeraar moet zich wel altijd houden aan uitspraken van de rechter over minimale vergoedingen, ook bij niet-gecontracteerde zorg. Zo mag een lagere vergoeding geen reden zijn om niet naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan. Naturapolissen hebben bijvoorbeeld vaak een vergoedingspercentage van 75 procent, budgetpolissen 50 of 60 procent.

Lees ook op plusonline.nl:
Wat krijg ik vergoed bij niet-gecontracteerde zorg?



Speciale polis

Een toegesneden polis kan interessant zijn. Verzekeraars bieden vaak speciale polissen, bijvoorbeeld voor studenten of ouderen. Ook bieden werkgevers, vakbonden, patiëntenverenigingen en ouderenbonden dikwijls speciale polissen. Bekijk de inhoud van de polis goed op de gewenste dekkingen. Een ouderenpolis met extra vergoedingen gericht op senioren, zoals bril of lenzen, hulp in huis en fysiotherapie, kan interessanter zijn dan een pakket voor jonge gezinnen met bijvoorbeeld extra kraamhulp. Vergelijken en overstappen kan zoveel meer opleveren dan alleen een lagere premie.

Eigen risico en eigen bijdrage: hoe zit het ook alweer?

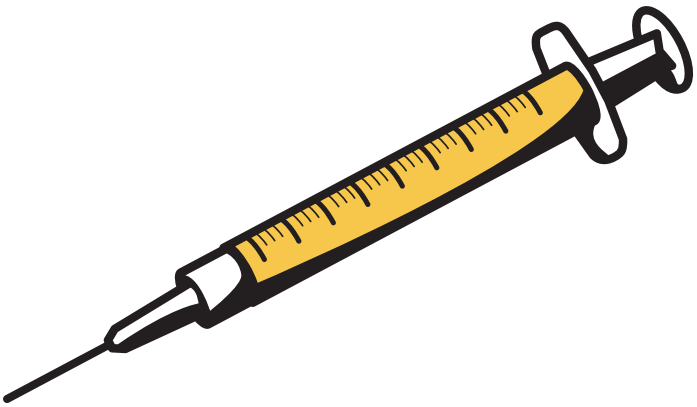
Eigen risico

Eigen risico is het bedrag (€385 in 2019) dat u elk jaar eerst moet betalen voordat uw zorgverzekeraar uw zorgkosten vergoedt. Het eigen risico is voor iedereen verplicht en geldt voor de meeste zorgkosten die in het basispakket zitten. U kunt ervoor kiezen het eigen risico te verhogen in ruil voor een korting op de premie van de basisverzekering. Bij een aanvullende verzekering, bijvoorbeeld voor fysiotherapie, valt deze zorg niet onder het eigen risico.

Eigen bijdrage

Sommige zorg zit wel in het basispakket en wordt dus vergoed, maar toch moet u er een eigen bijdrage voor betalen. De eigen bijdrage komt boven op het eigen risico. Het kan dus zijn dat u uw eigen risico al hebt verbruikt, maar dat u ook nog een eigen bijdrage moet betalen. Ieder jaar bepaalt de overheid voor welke zorg een eigen bijdrage geldt. Er zijn drie soorten:

- de zorg wordt vergoed uit het basispakket (tot een bepaald maximum) en de rest moet u zelf betalen.
- u moet (per jaar) een gedeelte zelf betalen.
- u moet (per keer) een percentage zelf betalen.



Wat valt NIET onder het eigen risico?

- de huisarts.
- de praktijkondersteuner van de huisarts (onder andere voor zorg bij COPD, diabetes, hart- en vaatziekten).
- de wijkverpleegkundige.
- de huisartsenpost in het ziekenhuis, als de eigen huisartsenpraktijk gesloten is (eventuele 'extra' zorg in het ziekenhuis valt wél onder het eigen risico).
- zorg waarvoor u een aanvullende verzekering hebt afgesloten (zoals fysiotherapie, tandzorg, alternatieve geneeswijzen).

Wat valt WEL onder het eigen risico?

- medicijnen*.
- bloedprikken en (lab)onderzoek.
- ambulancevervoer.
- ziekenhuisopnames en -operaties.
- specialisten in het ziekenhuis (onderzoek, behandeling).
- spoedeisende Eerste Hulp in het ziekenhuis.
- 'uitleggesprek' van de apotheek als u een nieuw medicijn krijgt.
- psycholoog/geestelijke gezondheidszorg.
- sommige hulpmiddelen.
- revalidatie.

**Er zijn uitzonderingen. Het verschilt per verzekeraar of een (goedkoper) merkloos geneesmiddel wel of niet onder het eigen risico valt. Bovendien kan het medicijn het ene jaar vergoed worden en volgend jaar niet meer. Of andersom. Dat maakt een vergelijking waarbij u verder kijkt dan alleen de premie, nog belangrijker. Als u een (duurder) merkmedicijn wil zónder medische noodzaak, maar omdat u dat prettig vindt, moet u dat volledig zelf betalen, want het valt ook niet onder het eigen risico. Wilt u een middel dat niet in het basispakket zit, dan moet u dat ook zelf betalen.*

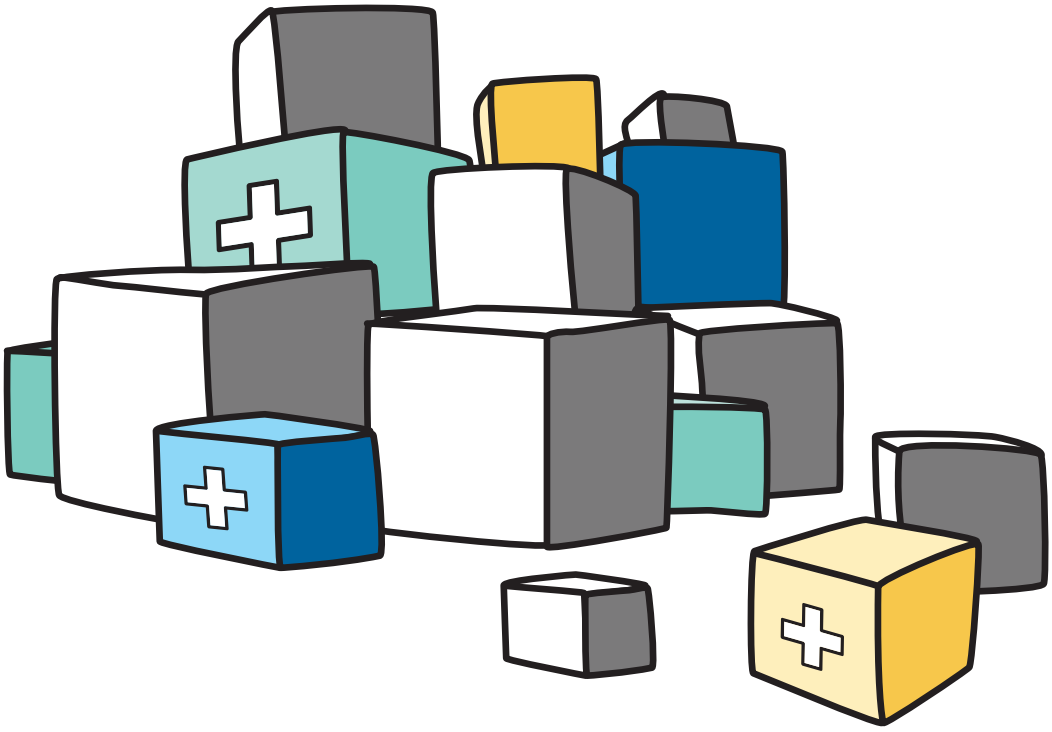
Tip: het eigen risico slim benutten

■ Hamsteren

Aan het eind van het jaar – als het eigen risico al is 'opgemaakt' – hamsteren veel patiënten medicijnen die ze komend jaar nodig hebben. Natuurlijk is de kans groot dat u in het nieuwe jaar alsnog het eigen risico moet aanspreken. Maar het kan wel even lucht geven. Soms is een recept nodig voor geneesmiddelen voor de komende maanden.

■ Betalingsregeling

Weet u op voorhand dat u het eigen risico volledig zult gaan verbruiken, bijvoorbeeld doordat u chronisch ziek bent en medicijnen gebruikt? U kunt de zorgverzekeraar dan vragen of u het eigen risico in termijnen kunt betalen. De verzekeraar telt het dan bij de premie op.



Aanvullende verzekering en tandarts: nodig of niet?

Met een aanvullende verzekering krijgt u (een deel van) de zorg vergoed die niet is opgenomen in de basisverzekering, maar die u in de toekomst wel verwacht. Bijvoorbeeld voor fysiotherapie. Ook hulpmiddelen, zoals brillen en lenzen, kunnen gedekt zijn. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht, dus verzekeraars kunnen eisen stellen in de vorm van een gezondheidsverklaring of wachttijden, voordat een dekking ingaat.

Lees ook op plusonline.nl: In 5 stappen naar betere zorg

3 redenen
om een aanvullende verzekering af te sluiten

Is die aanvullende verzekering echt voor iedereen overbodige luxe? Natuurlijk niet. 3 redenen om de aanvullende verzekering wel te houden.

1 Fysiotherapie is duur

Fysiotherapie is in het basispakket beperkt gedekt. Een fysiotherapiebehandeling kost gemiddeld €28 tot €40 per behandeling. Dat lijkt niet veel, maar wie fysiotherapie nodig heeft, kan niet volstaan met een enkele behandeling. Wie al bekend is met terugkerende klachten, zoals de rug, kan daarop anticiperen en een aanvullende polis afsluiten met een goede dekking voor fysiotherapie.

2 Kies de zorg die u wenst

De basiszorg is in veel gevallen goed geregeld en gedekt. Heeft u wensen, zoals behandeling door een bepaalde arts, een voorkeur voor een bepaalde apotheker of medicijn et cetera? Dan kan het zijn dat de basisverzekering een deel van de kosten niet vergoed. Daar biedt een aanvullende verzekering uitkomst.

3 Aanvullende verzekering biedt maatwerk

Het aardige van aanvullende zorgverzekeringen is dat u alleen die risico's kunt kiezen die u niet graag zelf draagt en andere weg kunt laten. Er zijn speciale polissen voor 55-plussers, met vergoedingen voor onder meer mantelzorg, loophulpen en hoortoestellen. Het klinkt misschien raar, maar wie de zorg voor het komende jaar een beetje plant en goed afstemt op een polis, kan veel uit de zorgverzekering halen.

Tandartsverzekering: kan lastig zijn

Overstappen naar een nieuwe tandartsverzekering is niet altijd eenvoudig. Vragenlijsten, tandartsverklaringen en soms mogen nieuwe klanten zes maanden sommige kosten niet claimen. Opletten dus!

■ Geen acceptatieplicht

Omdat ze voor hun tandartsenzekeringen geen acceptatieplicht hebben, stellen verzekeraars voorwaarden om kosten te voorkomen. Meestal een 'wachtlijst'. Dat komt erop neer dat alle nieuwe klanten gedurende de wachttijd geen recht hebben op vergoeding van kronen, bruggen of andere kostbare behandelingen. Voor reguliere bezoekjes aan de tandarts, zoals controle of het verwijderen van tandsteen, geldt geen wachttijd. De wachttijd kan behoorlijk oplopen: zes maanden is geen uitzondering. Controleer dat goed als u een overstap overweegt en een dure tandartsbehandeling voorziet. Overleg desnoods voor het eind van het jaar met uw tandarts.

■ Wanneer wel een tandartsverzekering?

Voor mensen met een slecht gebit is het afsluiten van een tandartsverzekering verstandig, omdat ze bijna altijd de kosten van de polis eruit halen. Belangrijk is wel dat ze eerst een nieuwe tandartsverzekering moeten hebben, voor ze de oude opzeggen.

Overstappen, waarom wel en waarom niet?

Is overstappen naar een andere zorgverzekeraar altijd een goed idee?

3 redenen om NIET over te stappen

1 U bent ziek

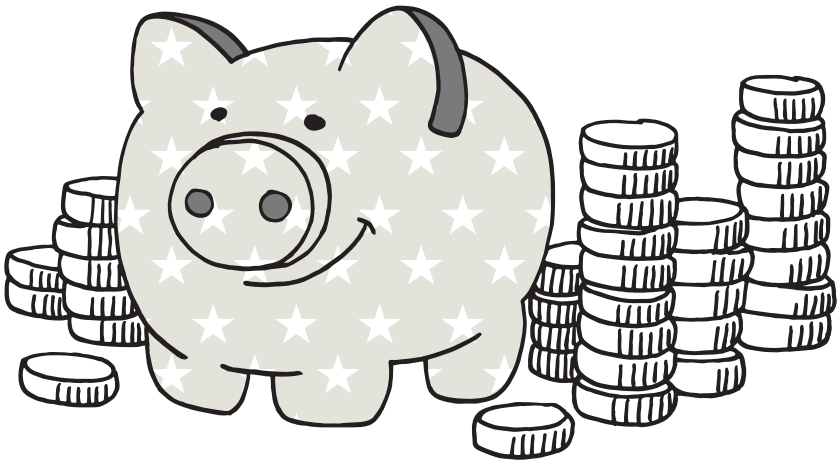
Voor het basispakket zijn verzekeraars verplicht iedereen te accepteren. Maar dat geldt niet voor de aanvullende verzekeringen. Bent u ernstig ziek dan kan een aanvullende polis geweigerd worden. Terwijl die juist de vergoeding van bepaalde medicijnen of een behandeling kunnen garanderen.

2 U bent wanbetaler

Op de acceptatieplicht voor het basispakket geldt één uitzondering. Als er nog een rekening openstaat bij de huidige verzekeraar, mag deze zelfs met een deurwaarder proberen het geld te innen bij de wanbetaler. Ondertussen blijft deze wel verzekerd, maar overstappen is niet mogelijk.

3 U bent tevreden

De prijzen van de aanvullende polissen kunnen weer flink stijgen. Bent u tevreden over de nieuwe voorwaarden en de premie, dan is er geen reden om over te stappen. Let wel op: de voorwaarden voor 2019 kunnen net anders zijn. Kijk vooral goed naar de vergoeding voor de zorg en medicijnen.



3 redenen om WEL over te stappen

1 U wilt geld besparen

Als u de premies en polissen goed vergelijkt kunt u per jaar flink besparen op uw basispakket. Met de aanvul-
lende pakketten bespaart u eenvoudig enkele tientjes per maand. Staar u niet alleen blind op de prijs, maar kijk ook goed naar de voorwaarden. Die worden ook ieder jaar aangepast.

2 U voorziet zorgkosten

Gebruikt u medicijnen? Een flink deel van de 'zorg' die u gebruikt kunt u voorspellen. Niet elke verzekeraar is even gul met bepaalde pillen. Snuffel dus goed in de kleine lettertjes. Vergeet niet dat verzekeraars bij een overstap voor een aanvullende verzekering een medische verklaring mogen vragen.

3 U bent ontevreden

Misschien hebt u het afgelopen jaar een slechte ervaring gehad met uw verzekeraar. Bijvoorbeeld omdat u de hulp die u wenste niet of niet volledig vergoed kreeg. Misschien is een andere verzekeraar ruimhartiger. Maar denk aan de acceptatie door de nieuwe verzekeraar. Zeg niet op voordat u geaccepteerd bent.

Overstappen: zo doet u het

Iedereen ontvangt medio november 2018 een nieuw aanbod van de huidige zorgverzekeraar. Wie niet wil overstappen, hoeft niets te doen. De polis loopt dan, mogelijk met andere voorwaarden, gewoon door. Wie wel wil veranderen, moet de oude polis vóór 1 januari 2019 schriftelijk hebben opgezegd. En de nieuwe verzekering moet vóór 1 februari 2019 zijn afgesloten. Met terugwerkende kracht geldt de verzekering vanaf 1 januari. Wie te laat is met het afsluiten van een nieuwe polis, loopt de kans op een boete. Het is ook mogelijk gebruik te maken van de overstapservice. Vraag de nieuwe verzekeraar om de oude verzekering(en) op te zeggen. Aanmelden bij de nieuwe verzekeraar vóór 1 januari 2019 is noodzakelijk. Alleen dan kan de nieuwe verzekeraar de opzegging bij de oude verzekeraar op tijd regelen.

Colofon

Deze digitale gids is een uitgave van Senior Publications Nederland, uitgever van onder meer Plus Magazine, maandblad voor 50-plussers. Op **abonneeplein.nl** vindt u meer informatie over een abonnement.

Uitgever Tjangja Galdeij
Samenstelling José Mast en Erik Bogaards
Eindredactie Adelheid van Rossum
Artdirection Petra Bader
Vormgeving Pauline Driesprong
Illustraties iStock
Informatie SPN, Amalialaan 126H, 3743 KJ Baarn

Regelingen zijn en blijven in beweging. Bij het maken van deze uitgave gaan we uit van de regelingen zoals bekend eind september 2018, tenzij nadrukkelijk anders vermeld. Deze uitgave is zorgvuldig gemaakt. Niettemin kunnen we geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden.

Omdat ú bepaalt wat belangrijk voor u is

VRIJE KEUZE

FYSIOTHERAPIE

BRILLEN

MANTELZORG

plus gezond

De zorgverzekering van Plus Magazine

Maatwerk van Plus Magazine

PlusGezond heeft verschillende aanvullende verzekeringen speciaal voor u. Uniek in Nederland, want de verzekeringen zijn samengesteld op basis van onderzoek onder duizenden lezers. Maatwerk dus.

- ✓ 100% acceptatie
- ✓ Betaling van het eigen risico in termijnen
- ✓ Gemakkelijke overstapservice

www.plusgezond.nl | Tel. 088-35 35 757 (lokaal tarief)

Plus Magazine werkt samen met Aevitae en VGZ. De verzekeraar van de PlusGezond zorgverzekering is VGZ.
De uitvoering wordt gedaan door Aevitae B.V.