

Zorgverzekeringen, hoe zit dat nou precies?



Waar blijft de tijd:

De tijd dat verzekeringsland nog begrijpelijk was, is écht verleden tijd.

Niet alleen het aantal assistentes is uitgebreid, ook het aantal zorgverzekeraars in Nederland is vele malen groter geworden. In 1978 was je óf particulier verzekerd óf via je werkgever bij het ziekenfonds aangesloten. Als ziekenfonds verzekerde had je geen keuze, die keuze is nu reuze. Je kunt nu kiezen uit 10 verzekeringen (concern)

en binnen die 10 verzekeringen zitten meerdere labels, wat op een totaal neerkomt van 42 verschillende verzekeringen. Aan het einde van het jaar, kan je kiezen of je over wil naar een andere verzekering.

Op zich een onlogische tijd, iedereen heeft het druk met Sinterklaas en Kerst en dan moet je je ook nog druk maken om een zorgverzekering. Ze zeggen dan wel dat je vóór 31 december opzeggen kunt en dan heb je de hele maand januari nog de tijd om een nieuwe verzekering te zoeken. Maar kom je er dan achter dat je verzekering zo slecht niet was, wat dan? Kun je dan nog terug? Voor de basisverzekering zijn ze verplicht je terug te nemen maar of je ook weer geaccepteerd wordt voor de aanvullende verzekering is maar de vraag. Dit kan ik dus op geen enkele verzekeringsite vinden.

Misschien loont het om toch eens in verzekeringsland te duiken. Hoe werken de zorgverzekeringen en wat zijn de regels? Wij als huisartsenpraktijk kunnen **geen** advies geven welke zorgverzekering het beste bij je past, dat is heel persoonlijk en voor iedereen anders.

Iedereen in Nederland is verplicht om een basisverzekering af te sluiten. Maar daar begint ook al de keuze. Welke keuze je ook maakt, lees de polis op de website van de verzekering goed door en vergelijk het met je huidige verzekering.

Je kunt kiezen uit een:

Naturapolis

Bij deze polis vergoedt de zorgverzekeraar de zorg uit het basispakket alleen volledig als **de behandelaar**, bv. ziekenhuis, arts, fysiotherapeut etc., **en zorgverzekeraar** een **contract** met elkaar hebben. Er zijn dan afspraken gemaakt tussen beide partijen over de prijs en de kwaliteit van behandelingen. Ga je dan toch naar een behandelaar die geen contract heeft met de zorgverzekeraar, dan betaalt de verzekeraar maar een deel van de rekening. Het andere deel moet je zelf betalen. Om zorg bij deze helemaal vergoed te krijgen moet je dus **altijd** opletten of je behandelaar een contract heeft met de verzekeraar.

Het is verstandig om dit jaarlijks te bekijken want ook uw huidige zorgverzekering kan dit wijzigen!

Bij een Naturapolis betaalt de verzekeraar de onkosten direct aan de behandelaar. Huisartspraktijken hebben vaak met alle zorgverzekeringen een contract.

Bij enkele zorgverzekeraars worden bepaalde medische hulpmiddelen niet meer vergoed via je eigen apotheek; bijvoorbeeld incontinentie-, stoma- en verbandmaterialen, diabetes teststrips en medische voeding. Deze hulpmiddelen moeten dan bij een door de zorgverzekering aangewezen apotheek besteld worden.

Restitutiepolis

Bij deze polis betaalt de zorgverzekeraar de kosten bij **alle behandelaars**. Je hebt dus een **vrije keuze van behandelaar**. Soms moet je de rekening wel eerst zelf betalen en kun je het bedrag terugvragen bij de zorgverzekeraar. Alleen als de rekening onredelijk hoog is, hoeft de verzekeraar deze niet volledig te vergoeden.

Combinatiepolis

Een combinatiepolis is een combinatie van een naturapolis en een restitutiepolis. Bij een combinatiepolis heb je voor sommige zorg recht op een vergoeding op natura basis. Voor andere zorg heb je juist weer recht op een vergoeding op restitutie basis.

Budgetpolis

Een budgetpolis is een goedkopere naturapolis. Met een budgetpolis kun je bij een nog kleiner aantal ziekenhuizen terecht dan met een normale naturapolis.

31 december Dit is de uiterste datum voor het opzeggen van je zorgverzekering.

31 januari Dit is de uiterste datum voor het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering, als je de oude zorgverzekering uiterlijk 31 december hebt stopgezet. Je zorgverzekering gaat dan met terugwerkende kracht in op 1 januari.

Wat zit er in een basisverzekering?

Je bent onder meer verzekerd voor:

- *Huisartsenzorg
 - *Behandeling en verblijf in het ziekenhuis
 - *Geneesmiddelen
 - *Psychologische hulp
 - *Verloskundige zorg en kraamzorg
 - *Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
- Kinderen tot 18 jaar zijn in de basisverzekering gratis meeverzekerd met hun ouders en hebben geen eigen risico.

De inhoud van de basisverzekering is bij alle verzekeraars ongeveer gelijk. Maar de hoogte van de premie kan behoorlijk verschillen.

Iedere zorgverzekering is verplicht om iedereen voor de basisverzekering te accepteren.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Dat betekent dat je als patiënt op tijd goede zorg moet ontvangen. Bij een lange wachttijd kun je je zorgverzekering vragen om voor je te bemiddelen.

Wat verdwijnt er in 2023

Veel Nederlanders zijn via een collectief verzekerd. Een belangrijk voordeel daarvan verdwijnt in 2023. Verzekeraars mogen vanaf 2023 deze korting niet meer geven op de basisverzekering. De collectiviteitskorting mag nog wel gegeven worden op de aanvullende zorg.

Vitamine D verdwijnt uit het basispakket. Vanaf 1 januari moet vitamine D betaald worden uit eigen middelen.

Aanvullende zorgverzekering

Omdat niet alle zorg onder de basisverzekering valt, kun je kiezen voor een aanvullende zorgverzekering. Voorbeelden van zorg waarvoor mensen een aanvullende verzekering nemen:

- *Tandartskosten
- *Fysiotherapie
- *Alternatieve geneeswijzen

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om iedereen te accepteren voor een aanvullende zorgverzekering. Een zorgverzekeraar mag je dus weigeren voor de aanvullende verzekering. Je bent verplicht om je ziektegeschiedenis te vermelden bij de verzekeraar, je mag (delen van) je ziektegeschiedenis niet verzwijgen. De acceptatieprocedure geldt gelukkig lang niet voor alle aanvullende verzekeringen, meestal alleen voor uitgebreide pakketten. Ook kan de zorgverzekeraar voor de aanvullende zorgverzekering een hogere premie vragen als je ouder bent of chronisch ziek.

Kies je voor een aanvullende zorgverzekering, dan wil dat niet zeggen dat de verzekeraar ook alle zorgkosten vergoedt. Meestal gaat het om een maximaal aantal behandelingen of een maximale vergoeding per behandeling. Heb je meer hulp nodig, dan moet je die alsnog zelf betalen.

Kinderen tot 18 jaar zijn meeverzekerd voor zorg uit het aanvullende pakket van de ouder waarbij ze staan ingeschreven. De verzekeraars mogen wel extra kosten rekenen voor aanvullende verzekeringen voor kinderen

Tip: Reken van tevoren uit of de vergoedingen die je krijgt met een aanvullende verzekering wel opwegen tegen de premie die je betaalt. Kijk of je toch niet goedkoper uit bent zonder een aanvullende verzekering, door de kosten zelf te betalen. Al brengt dit wel een risico mee, want niemand kan vooruit kijken. Bij twijfel kun je het geld dat je uitspaart door geen aanvullende zorgverzekering te nemen opzij zetten en kun je het dan gebruiken mocht je toch aanvullende zorg nodig hebt.

Uitsluiting van behandelingen

Bij tandartsverzekeringen kun je ook te maken krijgen met uitsluitingen van bepaalde behandelcodes, zoals kronen en techniekkosten. Controleer daarom altijd de voorwaarden van de verzekering, voordat je een aanvullende verzekering afsluit. Zo voorkom je onverwachte kosten achteraf.

Toestemming voor een behandeling

Zorgverzekeraars mogen aanvullende voorwaarden stellen aan een bepaalde behandeling. Dat geldt voor de basisverzekering én de aanvullende zorgverzekering. Een voorwaarde kan zijn dat je als verzekerde eerst toestemming aan de zorgverzekeraar moet vragen voor je een behandeling ondergaat of een medicijn of hulpmiddel koopt.

Heb je eenmaal toestemming van de zorgverzekeraar voor een behandeling vanuit de basisverzekering, dan behoud je die. Ook als je overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Voor zorg uit de aanvullende verzekering moet je vaak wél opnieuw toestemming vragen.

*Vraag wel om een toestemming op papier! Ga niet alleen op een mondeling, via de telefoon verkregen toezegging af.

Sommige zorgverzekeraars gebruiken wachttijden voor vergoeding van zorg uit de aanvullende verzekering. Je moet dan bijvoorbeeld eerst een jaar verzekerd zijn, voordat je aanspraak kunt maken op de vergoeding.



Losse aanvullende zorgverzekering afsluiten

Alle zorgverzekeraars bieden aanvullende zorgverzekeringen. Je mag zelf weten bij welke zorgverzekeraar je een aanvullende verzekering afsluit. Bij een aantal zorgverzekeraars word je alleen voor een aanvullende verzekering geaccepteerd als je er ook een basisverzekering afsluit.

Eigen risico

Als je zorg nodig hebt die onder de basisverzekering valt, moet je zelf de kosten betalen tot het bedrag van je eigen risico (de eigen risico voor 2023 is €385) op is.

Dit geldt niet voor:

- *Zorg door de huisarts
- *Verloskundige zorg
- *Kraamzorg
- *Bruikleenartikelen
- *De griepvaccinatie of pneumokokkenvaccinatie voor risicogroepen
- *Bevolkingsonderzoeken, bijv. borstkanker, baarmoederhalskanker, darmkanker
- *(Tandheelkundige) zorg uit de basisverzekering voor kinderen tot 18 jaar
- *Wijkverpleging

Wat valt er onder het eigen risico?

De meeste zorg uit de basisverzekering zoals een bezoek aan specialist, ziekenhuisopname, medicijnen en sommige hulpmiddelen. Een bezoek aan de huisarts of de huisartsenpost kost je geen eigen risico maar een bezoek aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis wél. Het is dus verstandig om voor medische hulp eerst naar de huisarts of de huisartsenpost te gaan. Als het nodig is, verwijst de huisarts door naar het ziekenhuis. Alles wat de huisarts voorschrijft of aanvraagt valt wél onder je eigen risico, bijv. medicijnen, bloedonderzoek of röntgenfoto. De kosten die vallen onder het eigen risico kun je niet aftrekken van de inkomstenbelasting. Dit geldt zowel voor het verplichte eigen risico als voor het vrijwillige eigen risico.



Wat is het verschil tussen het eigen risico en de eigen bijdrage?

Naast het eigen risico bestaat er voor sommige zorg ook een eigen bijdrage. Dit betekent dat je voor bepaalde zorg altijd een bepaald bedrag of een percentage van de zorgkosten zelf moet bijbetalen. Het maakt niet uit of je je eigen risico voor het betreffende jaar al op hebt; de eigen bijdrage voor bepaalde medicijnen, kraamzorg, hoortoestellen, orthopedische schoenen en een kunstgebit blijft het gehele jaar.

Vergoeding van medicijnen

De meeste medicijnen die op recept verkrijgbaar zijn, worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Om de kosten van de zorg te drukken dringt de overheid bij (huis)artsen aan om medicijnen zo veel mogelijk op grondstofnaam voor te schrijven. Medicijnen met dezelfde werkzame grondstoffen worden door verschillende fabrikanten gemaakt en geleverd. Het kan gebeuren dat je een medicijn van de ene fabrikant wel vergoed krijgt en van de andere niet, terwijl ze precies dezelfde werkzame stof bevatten. Wat vergoed wordt, hangt af van het medicijnbeleid van de zorgverzekeraar. Als je medicijnkosten niet vergoed krijgt, dan kun je deze vaak aftrekken bij je belastingaangifte.

Zelfde medicijn, ander merk

Geneesmiddelenfabrikanten krijgen gedurende 20 jaar het alleenrecht (patent) om een geneesmiddel te produceren en te verkopen. Als dit patent verloopt, dan zijn andere fabrikanten vrij om het middel ook op de markt te brengen; dit zijn dan de zogeheten generieke middelen. De veiligheid en werkzaamheid is al eerder aangetoond door de fabrikant van het merkmiddel en daardoor kan een generiek medicijn veel sneller en goedkoper op de markt worden gebracht. Merkloze medicijnen moeten dezelfde werkzame stoffen als basis hebben en op dezelfde wijze als het origineel door het lichaam worden opgenomen. Als je twijfelt of dit echt zo is, kun je dit nakijken in het Farmacotherapeutisch Kompas van het Zorginstituut. Artsen schrijven op aandringen van de overheid steeds vaker alleen de werkzame grondstofnaam van een medicijn op het recept. Voorbeeld: Grondstof Metformine, een medicijn wat gebruikt wordt bij diabetes is jaren terug op de markt gebracht door de fabrikant Merck onder de merknaam Glucophage. Dit merk is ondertussen al uit de handel. Het wordt nu onder de naam Metformine door minstens 7 fabrikanten gemaakt.

De verzekeraars onderhandelen met fabrikanten over de prijzen van medicijnen. Hierdoor zijn de prijzen van de meest gangbare middelen sterk gedaald.

Medicijnbeleid

Zorgverzekeraars hebben verschillende vormen van medicijnbeleid. Een zorgverzekeraar mag zelf bepalen hoe hij zijn medicijnbeleid uitvoert. Hij moet dit wel in de polisvoorwaarden vermelden. Op hoofdlijnen zijn er 3 mogelijkheden. Elke mogelijkheid heeft (vaak lastige) gevolgen voor de consument.

Preferentiebeleid

Voor iedere groep middelen met dezelfde werkzame stof kiest de verzekeraar 1 fabrikant (meestal degene bij wie hij de laagste prijs heeft bedongen). De apotheker moet dát merk leveren aan de patiënt. De patiënt krijgt van de verzekeraar geen vergoeding voor medicijnen van andere fabrikanten. Alleen wanneer het medisch niet verantwoord is dit preferente middel te gebruiken, dan heeft patiënt recht op een ander merk. Dit betekent niet dat de zorgverzekering dit dan ook altijd vergoed. Een arts kan een recept schrijven met medische noodzaak (MN) en de apotheker kan, na overleg met de arts, oordelen dat er geen sprake is van medische noodzaak ook al staat dit op het recept als bijv. een arts niet duidelijk kan maken waarom het medisch niet verantwoord is. Is de verzekerde het niet eens met de beslissing van de apotheker, dan kan hij/zij een klacht indienen bij de zorgverzekering.

Het aantal preferente middelen verschilt per verzekeraar. Verzekeraars moeten op hun website aangeven van welke fabrikant zij medicijnen vergoeden. Het preferentiebeleid zorgde ervoor dat medicijnkosten de afgelopen jaren flink zakten. Ook patiënten hebben voordeel bij goedkopere geneesmiddelen omdat geneesmiddelen onder het verplicht eigen risico vallen. Bij sommige verzekeraars betaal je geen eigen risico voor preferente middelen. Het preferentiebeleid heeft ook nadelen. Sommige verzekeraars wisselen meer dan eens per jaar van fabrikant. Daardoor kan een verzekerde in de apotheek steeds een ander medicijn meekrijgen. Het is verwarrend als doosjes en pillen steeds veranderen. Zeker voor patiënten die dagelijks meerdere medicijnen slikken.



Clustermodel of DSW-model

Dit beleid betekent dat de zorgverzekering voor een bepaald medicijn een prijs vergoedt ongeacht het merk, inkoopprijs en medische noodzaak. Die afspraak geldt in principe voor een periode van 2 jaar. Hierbij bepaalt de apotheker zelf welk merk hij van deze medicijnen uitgeeft.

Laagste prijs garantie

De apotheker bepaalt welk middel hij uitgeeft, maar de zorgverzekeraar vergoedt alleen de prijs van het goedkoopste merk.

Zorgverzekeraar concern	Medicijnbeleid 2023
Achmea	Preferentiebeleid
ASR	Preferentiebeleid
CZ	Preferentiebeleid (combinatie van artikelpreferentie en prijspreferentie)
DSW	Clustermodel; voor medicijnen buiten het clustermodel geldt de laagsteprijsgarantie
Eno	Preferentiebeleid (en laagsteprijsgarantie als er geen voorkeursgeneesmiddel is aangewezen)
EUcare	Laagsteprijsgarantie
Menzis	Preferentiebeleid
ONVZ	Laagsteprijsgarantie
VGZ	Preferentiebeleid; voor enkele middelen geldt laagsteprijsgarantie
Zorg en Zekerheid	Preferentiebeleid