

Vragen en antwoorden Zorgverzekering Vraag- en Antwoordsessie

1. Wat is het verschil tussen de basisverzekeringen natura, combinatie en restitutie?
2. Hoe kom ik erachter bij welke zorgverleners ik terecht kan per zorgverzekering?
3. Als je langdurige klachten hebt door corona, wat krijg je dan vergoed?
4. Welke verzekering is het beste en voordeligste voor orthodontie zonder een jaar wachttijd?
5. In hoeverre is het correct dat ook voor vergoedingen uit de aanvullende verzekeringen het eigen risico wordt gebruikt?
6. Wanneer heb ik een aanvullende verzekering nodig?
7. Word ik altijd geaccepteerd als ik een zorgverzekering afsluit?
8. Is het verstandig om gezinsleden mee te verzekeren op mijn polis?
9. Veel zorgverzekeraars hebben nog geen afspraken gemaakt met ziekenhuizen. Hoe kan ik een keuze maken als ik nog niet weet of ik bij het ziekenhuis bij mij in de buurt terecht kan?
10. Is de collectieve verzekering die aangeboden wordt door mijn werkgever voordeliger?
11. Kan ik ook later overstappen dan 31 december?
12. Handige informatie en links

Vraag 1: Wat is het verschil tussen de basisverzekeringen natura, combinatie en restitutie?

Antwoord:

De inhoud van iedere basisverzekering is hetzelfde. Deze wordt bepaald door de overheid. Ieder jaar wordt de inhoud hiervan (gedeeltelijk) herzien. Wat wel verschilt is waar je de zorg kunt afnemen, bij welke zorgverlener, en welke vergoeding je hiervoor krijgt.

De drie verschillende basisverzekeringen op een rij:

Restitutiepolis: Deze verzekering is over het algemeen wat duurder. Hiervoor krijg je een vrije zorgkeuze terug. Je kunt bij alle zorgverleners terecht en je krijgt een volledige vergoeding. De rekening moet je wel zelf voorschieten en je kunt deze vervolgens declareren bij je zorgverzekeraar.

Naturapolis: Deze verzekering is goedkoper. Je kunt alleen bij gecontracteerde ziekenhuizen terecht voor een volledige vergoeding. Word je toch behandeld in een ziekenhuis waar je verzekeraar geen contract mee heeft, dan krijg je maar een deel vergoed, vaak 75 procent. De zorgverlener stuurt de rekening rechtstreeks naar je verzekeraar.

Combinatiepolis: Dit is een combinatie tussen de natura- en restitutie verzekering. Voor sommige zorg krijg je alle kosten vergoed, voor sommige zorg geldt dat er een contract met de zorgverlener moet zijn.

In het overzicht van onze zorgvergelijker zie je makkelijk per verzekering bij welke ziekenhuizen je wel en niet terecht kunt.

Vraag 2: Hoe kom ik erachter bij welke zorgverleners ik terecht kan per zorgverzekering?

Antwoord:

Dit kun je vinden in onze zorgvergelijker. Als je al je voorkeuren hebt ingevuld (eigen risico, aanvullende dekkingen etc.), zie je een overzicht van alle zorgverzekeraars die aansluiten bij jouw voorkeuren. Klik bij een verzekering op 'meer informatie' en dan op het kopje zorgverleners. Je ziet hier voor de vijf dichtstbijzijnde apotheken, behandelcentra, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en ziekenhuizen of je hier een vergoeding krijgt of niet. Een vinkje betekent dat je een vergoeding krijgt, een kruisje dat je geen vergoeding krijgt en een vraagteken betekent dat de zorgverzekeraar nog in onderhandeling is met deze zorgverlener.

Deze lijst is gebaseerd op je postcode, dus zorgverleners die niet in de buurt zitten, staan er niet automatisch tussen. Je kunt deze wel zelf toevoegen. Klik hiervoor op 'toevoegen aan vergelijking', voeg de zorgverlener toe waar jij graag behandeld wilt worden en je ziet direct of je daar een vergoeding krijgt.

Vraag 3: Als je langdurige klachten hebt door corona, wat krijg je dan vergoed?

Antwoord:

De overheid heeft bepaald dat je tot 1 augustus 2022 een vergoeding krijgt vanuit de basisverzekering. Hierbij is je eigen risico van toepassing. Je krijgt onder andere een vergoeding voor:

- fysiotherapie en oefentherapie (max. 50 behandelingen),
- ergotherapie (max 8 behandelingen, bovenop de bestaande 10 uur),
- dieetadvies (max 7 uur, bovenop de bestaande 3 uur).

De volledige vergoedingenlijst vind je op Zorginstituut Nederland:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/paramedische-herstelzorg-na-covid-19>

Vraag 4: Welke verzekering is het beste en voordeligste voor orthodontie zonder een jaar wachttijd?

Antwoord:

Niet alle zorgverzekeraars bieden deze aanvullende verzekering aan. Als je tijdens het maken van een vergelijking invult dat je een vergoeding voor orthodontie wilt, tonen wij alleen de zorgverzekeringen die deze dekking aanbieden. Je kunt je zowel boven de 18 jaar als tot 18 jaar voor orthodontie verzekeren. Dit zijn verschillende modules.

In sommige gevallen is er een wachttijd van toepassing. Als je een verzekering voor orthodontie wilt en je vraagt deze aanvullende dekking aan voor 2022, dan krijg je pas in 2023 een vergoeding. Je moet dus meerdere jaren bij dezelfde verzekeraar verzekerd zijn, voordat je een vergoeding krijgt.

In sommige gevallen is er ook een medische acceptatie van toepassing. Dat betekent dat de zorgverzekeraar eerst nog wat aanvullende vragen stelt en je op basis hiervan hoort of je wel of niet wordt geaccepteerd.

Vraag 5: In hoeverre is het correct dat ook voor vergoedingen uit de aanvullende verzekeringen het eigen risico wordt gebruikt?

Antwoord:

Dit is niet correct. Het eigen risico geldt alleen voor zorg die wordt vergoed uit de basisverzekering, niet voor zorg uit de aanvullende verzekering. Voor sommige zorg uit de basisverzekering geldt ook geen eigen risico. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

- een bezoek aan de huisarts of huisartsenpost,
- kraamzorg en verloskundige hulp,
- zorg voor kinderen tot 18 jaar,
- hulpmiddelen in bruikleen (zoals een rolstoel).

In sommige gevallen moet je wel een eigen bijdrage betalen, bijvoorbeeld als je specifieke medicijnen nodig hebt.

Vraag 6: Wanneer heb ik een aanvullende verzekering nodig?

Antwoord.

Een aanvullende verzekering is niet altijd nodig. Je komt hier het snelst achter door een berekening te maken van de kosten die je denkt kwijt te zijn aan bepaalde zorg, bijvoorbeeld aan tandartsbezoeken, en deze te vergelijken met de premie die je moet betalen voor een aanvullende dekking. In veel gevallen is de premie voor een losse tandarts of brillen/lenzen dekking hoger dan als je deze kosten zelf betaalt.

Voorbeeld:

Je gaat periodiek naar de tandarts en hebt over het algemeen een gezond gebit.

2 x per jaar periodieke controle = 2 x €22,91

2 x per jaar gebitsreiniging = 2 x €27,04

Totale kosten = €99,90 per jaar

Gemiddelde premie tandartsverzekering = €10 per maand

Totale premie = €120 per jaar

Aan de hand van deze berekening zie je of het voor jou loont om een aanvullende verzekering af te sluiten.

Als je niet weet welke zorgkosten je komend jaar kunt verwachten, kun je kijken naar de zorgkosten die je het afgelopen jaren hebt gemaakt en op basis hiervan een berekening maken.

Vraag 7: Word ik altijd geaccepteerd als ik een zorgverzekering afsluit?

Antwoord:

Voor de basisverzekering mag een zorgverzekeraar je nooit weigeren, voor een aanvullende verzekering kan dat wel. Als je bijvoorbeeld een hele uitgebreide aanvullende dekking aanvraagt, dan volgt er eerst een medische acceptatie. Je krijgt dan aanvullende vragen van je zorgverzekeraar over je gezondheid die je moet beantwoorden. Op basis van deze vragen besluit de verzekeraar of je wordt geaccepteerd of niet. Ben je op leeftijd of heb je heel veel aanvullende zorg nodig, dan kan het zijn dat de verzekeraar je niet accepteert voor je aanvullende verzekering.

Vraag 8: Is het verstandig om gezinsleden mee te verzekeren op mijn polis?

Antwoord:

Nee, het is niet financieel voordelig om gezinsleden op dezelfde polis te zetten. Er bestaat namelijk niet iets als een gezinskorting. Sterker nog, als je andere zorgbehoefte hebt dan je partner, dan is het financieel nadelig om dezelfde polis te nemen. Je betaalt dan voor zorg die je misschien niet nodig hebt. Je kunt het best allebei een eigen vergelijking maken en de zorgverzekering afsluiten die het best bij jouw specifieke zorgbehoeftes past. Als je kinderen hebt onder de 18, dan kun je die het best op de polis zetten van de ouder met de meest uitgebreide dekking.

Vraag 9: Veel zorgverzekeraars hebben nog geen afspraken gemaakt met ziekenhuizen. Hoe kan ik een keuze maken als ik nog niet weet of ik bij het ziekenhuis bij mij in de buurt terecht kan?

Antwoord:

In november en december zijn veel zorgverzekeraars nog in onderhandeling met zorgverleners zoals ziekenhuizen. Hierdoor is het vaak nog onduidelijk of er een contract is met de zorgverlener. In onze vergelijker zie je in dit geval een vraagteken bij de zorgverlener staan. Wil je zeker weten dat je bij jouw zorgverlener terecht kunt? Dan raden wij aan om nog even te wachten en eind december opnieuw een vergelijking te maken. Onze verwachting is dat de contracten dan allemaal bekend zijn.

Vraag 10: Is de collectieve verzekering die aangeboden wordt door mijn werkgever voordeliger?

Antwoord:

Nee, in de meeste gevallen is dit niet voordeliger. Meestal worden de duurdere basisverzekeringen aangeboden via werkgevers. Daarnaast is de collectiviteitskorting nog maar 5 procent. Wij raden daarom aan om een vergelijking te maken via onze zorgvergelijker en dit aanbod vervolgens naast het aanbod van je werkgever te leggen. Je ziet dan welke optie voor jou voordeliger is.

Vraag 11: Kan ik ook later overstappen dan 31 december?

Antwoord:

Je kunt tot en met 31 december overstappen van zorgverzekering en dan wordt je oude zorgverzekering automatisch opgezegd. Als je voor 1 januari zelf je oude zorgverzekering opzegt, dan heb je nog tot 31 januari om een nieuwe zorgverzekering te kiezen. Dit kan handig zijn als je er nog niet uit bent welke zorg je precies nodig hebt. Je hebt dan iets meer tijd.

Handige informatie en links

Het kiezen van een zorgverzekering kan erg complex zijn. Uitgebreide toelichting over bijvoorbeeld de vergoeding voor Corona klachten of medicijnen vind je via onderstaande links.

- COVID-19 vergoedingen:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/paramedische-herstelzorg-na-covid-19>
- Uitleg vergoeding medicijnen:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/vraag-en-antwoord/welke-medicijnen-krijg-ik-vergoed>
- Medicijnen database. Hier kun je vinden of de geneesmiddelen die je nodig hebt worden vergoed, en zo niet of hier alternatieve geneesmiddelen voor zijn die wel worden vergoed: <https://www.medicijnkosten.nl/zoeken>