

Keuzehulp Zorgverzekeringen 2016

Wij wensen u veel succes met uw persoonlijke advies met tips en uitleg waar u alert op kunt zijn als u polissen van zorgverzekeraars met elkaar gaat vergelijken. Heeft u een vraag? Bel of mail de Zorglijn! De zorglijn geeft u onafhankelijk advies en betrouwbare informatie.

INFORMATIEPUNT VOOR AL UW VRAGEN

0900 23 56 780 (20CT/GESPREK)



Huisarts en ziekenhuis

Verwacht u gebruik te maken van huisartsenzorg?

UITLEG: Medische zorg door huisartsen wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Een bezoek aan de huisarts telt niet mee voor het eigen risico en kost u geen geld.

LET OP: Als de huisarts medicijnen voorschrijft, bloedonderzoek of een röntgenfoto aanvraagt, gaan de kosten van die aanvullende onderzoeken af van het eigen risico.

Verwacht u gebruik te maken van ziekenhuiszorg?

UITLEG: Medische zorg in het ziekenhuis en poliklinische behandelingen worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Medische zorg van het ziekenhuis valt onder het verplicht eigen risico.

Als een patiënt in het ziekenhuis medicijnen krijgt, horen deze bij de medische zorg van het ziekenhuis. Deze medicijnen worden dan vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Soms hebt u na een ziekenhuisopname nog zorg nodig. Bijvoorbeeld van een fysiotherapeut. Dit wordt niet altijd vergoed vanuit de basisverzekering.

U hebt niet bij elke zorgverzekeraar en met iedere zorgpolis de vrijheid om uw eigen zorgverlener te kiezen. Zoek uit of uw zorgverzekeraar een contract heeft met de arts en het ziekenhuis van uw keuze.

Gebit

Heeft u of uw kinderen een beugel nodig bij de orthodontist?

UITLEG: Orthodontie wordt in principe niet vergoed vanuit de basisverzekering.

Alleen bij zeer ernstige ontwikkeling- of groeistoornissen van het gebit of de mond en van aangeboren afwijkingen kan orthodontie uit de basisverzekering vergoed worden. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

LET OP: Kosten voor orthodontie worden door sommige verzekeraars gedeeltelijke of volledig vergoed of volledig vergoed uit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Heeft u kinderen onder de 18 jaar?

UITLEG: De meeste tandartsbehandelingen voor kinderen onder de 18 jaar worden vergoed vanuit de basisverzekering. Het gaat hierbij om controles, vullingen, tandsteen verwijderen, verdovingen, tandvlees behandeling, fluoridebehandeling, wortelkanaalbehandeling, röntgenfoto's en behandelingen door de kaakchirurg en mondhygiënist.

LET OP: Orthodontie wordt bijna nooit vergoed vanuit de basisverzekering.

Heeft u een kunstgebit of in 2016 een kunstgebit nodig?

UITLEG: Een uitneembaar kunstgebit wordt voor 75% vergoed vanuit de basisverzekering. Reparaties en aanpassingen worden 100% vergoed. De kosten tellen mee voor het eigen risico.

De kosten voor een kunstgebit op implantaten (klikgebit) kunnen in bijzondere gevallen worden vergoed vanuit de basisverzekering. Wanneer dit niet zo is, verschillen de vergoedingen per aanvullende verzekering. De kosten worden vaak alleen voor een deel vergoed bij een uitgebreide aanvullende tandartsverzekering.

Vaak – en zeker wanneer een vergoeding via de basisverzekering wordt aangevraagd – moet de zorgverzekeraar vooraf toestemming geven. U moet de verzekeraar dan een begroting van de behandeling en een behandelplan geven.

Ook al betaalt u een deel van de kosten zelf of via een aanvullende verzekering, de kosten die uit de basisverzekering worden vergoed, tellen ook mee voor het eigen risico.

LET OP: Sommige aanvullende tandartsverzekeringen vergoeden het eigen risico.

Gaat u jaarlijks naar de tandarts voor controle?

UITLEG: De jaarlijkse tandartscontrole krijgen volwassenen niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: De jaarlijkse controle bij de tandarts wordt door sommige zorgverzekeraars vergoed vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Gaat u geregeld naar de mondhygiënist?

UITLEG: Behandelingen van een mondhygiënist worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel of de volledige kosten van een bezoek aan de mondhygiënist via een aanvullende verzekering. Het verschilt per polis en per zorgverzekeraar voor welk jaar en welk bedrag die vergoeding geldt.

Heeft u een zwak gebit en extra tandheelkundige behandelingen nodig?

UITLEG: Extra behandelingen zoals vullingen, implantaten, kronen, bruggen, plaatjes, gedeeltelijke protheses, wortelkanaalbehandelingen, tandsteen verwijderen, fluoridebehandelingen, verdovingen en röntgenfoto's worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

Behandelingen door de kaakchirurg worden meestal wel vergoed vanuit de basisverzekering. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

LET OP: Extra tandheelkundige behandeling worden door sommige verzekeraars gedeeltelijk of volledig vergoed. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Heeft u bijzondere tandheelkundige hulp nodig?

UITLEG: Bijzondere tandheelkundige zorg, die nodig is bij ernstige ontwikkelingsstoornissen, afwijkingen van de mond, lichamelijke of geestelijke aandoeningen kan worden vergoed vanuit de basisverzekering. Om welke stoornissen het gaat, [vindt u hier](#). Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

LET OP: In veel gevallen wordt bijzondere tandheelkunde verleend in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Het kan ook zijn dat een daartoe bekwame tandarts die hulp verleent.

De eigen bijdrage voor bijzondere tandheelkunde is gelijk aan het bedrag dat de verzekerde zou betalen als de zorg geen betrekking had op bijzondere tandheelkunde.

Voor een uitneembare volledige prothese of een uitneembare volledige prothese op implantaten bij bijzondere tandheelkunde betaalt de u een eigen bijdrage van 125,- euro per kaak.

Ogen en Oren

Heeft u een zintuigelijke handicap?

UITLEG: Zintuiglijk gehandicaptenzorg bestaat uit multidisciplinaire zorg die verband houdt met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van uw beperking. Het doel is u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

LET OP: De kosten van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren worden niet vergoed uit de basisverzekering. Ook de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven valt niet onder de zorgverzekering.

Draagt u een bril of lenzen of wilt u deze aanschaffen?

UITLEG: Een bril of contactlenzen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

Voor bepaalde medische indicaties is wel vergoeding of een deel vanuit de basisverzekering mogelijk. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel van de kosten via een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Wilt u uw ogen laten laseren?

UITLEG: Een ooglaserbehandeling wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel van de kosten via een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Heeft u een gehoorapparaat of bent u slechthorend?

UITLEG: Een gehoortoestel wordt gedeeltelijk vergoed vanuit de basisverzekering. Er moet dan een gehoorverlies van 35dB of meer zijn aan minstens één oor of sprake zijn van ernstige tinnitus. 75% van het gehoortoestel wordt vanuit de basisverzekering vergoed.

Oorstukjes horen bij die vergoeding. Het verzilveren of vergulden van oorstukjes vanwege een allergie wordt ook vergoed als de medisch specialist dit voorschrijft.

Voor kinderen tot 18 jaar gelden soms andere regels. Bijzondere individuele zorgvragen, zoals taal en/of spraakproblemen kunnen ook als indicatie gelden om die zorg vergoed te krijgen. Ook geldt vanaf 2016 geen eigen bijdrage meer voor de kosten van een gehoorapparaat bij kinderen.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel van de kosten dat voor eigen rekening komt via een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis. [Kijk hier](#) voor meer informatie en tips over de vergoedingen die zorgverzekeraars bieden in de aanvullende verzekeringen.

Gaat u regelmatig naar een fysiotherapeut?

UITLEG: De aandoeningen die de fysiotherapeut of oefentherapeut mag behandelen ten laste van de basisverzekering staan opgesomd in de zogenaamde chronische lijst. Verzekerden van 18 jaar of ouder komen alleen in aanmerking voor behandeling van de aandoeningen die op de chronische lijst staan. De eerste 20 behandelingen zijn voor eigen rekening. De duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. **Voor de chronische lijst kijk u hier.**

Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie krijgt u wel vergoed uit de basisverzekering. Dat geldt voor maximaal 9 behandelingen.

Jongeren tot 18 jaar komen ook in aanmerking voor behandeling van de aandoeningen die op de chronische lijst staan. En jongeren kunnen ook fysiotherapie of oefentherapie krijgen voor andere aandoeningen. Zij kunnen daarvoor 9 behandelingen per kalenderjaar krijgen. Als het resultaat onvoldoende is, kunnen zij maximaal 9 extra behandelingen krijgen.

LET OP: Er vindt geen vergoeding plaats van behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie beschouwd worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- UV-B behandeling door een fysiotherapeut;
- spatadertherapie;
- cranio-sacraaltherapie;
- haptonomie of hapto-therapie;
- kinesiologie;
- medische fitness en vergelijkbare activiteiten zoals fysio-fitness, Slender You en groepszwemmen;
- extracorporele shock wave therapie.

Beweegprogramma's worden soms vergoed via een aanvullende verzekering en heten in de polis bijvoorbeeld cursussen, zelfmanagement, aangepast sporten of bewegen onder begeleiding.

Heeft u kinderen onder de 18 jaar?

UITLEG: De eerste 9 behandelingen fysio- of oefentherapie vallen onder de basisverzekering. Het is mogelijk om 9 extra behandelingen vergoed te krijgen als meer therapie nodig is. De huisarts hoeft daar geen verwijsbrief voor te geven.

LET OP: Uw eigen zorgverlener kiezen kan niet met iedere zorgpolis. Zoek uit of u alleen naar een gecontracteerde fysiotherapeut kunt als u niet wilt bijbetalen en of uw zorgverzekeraar een contract heeft met de therapeut die u kiest.

Welke therapeuten vergoed worden, verschilt per zorgverzekeraar.

Gebruikt u fysio- of oefentherapie of gaat u deze zorg gebruiken?

UITLEG: Fysiotherapie wordt alleen voor mensen met bepaalde chronische aandoeningen via de basisverzekering vergoed. De lijst met specifieke aandoeningen kunt u vinden [via deze link](#).

Bij fysiotherapie van de chronische lijst wordt de therapie vanaf de 21e sessie vergoed vanuit de basisverzekering. De zorgverlener moet wel aangeven dat dit nodig is.

Mensen met urine-incontinentie krijgen de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie vergoed vanuit de basisverzekering.

Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

Fysiotherapie tijdens een ziekenhuisopname valt onder de kosten van de ziekenhuisbehandeling die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Na de ziekenhuisopname wordt fysiotherapie alleen vergoed vanuit de aanvullende verzekering, tenzij de aandoening [op de zogenaamde chronische lijst](#) staat. U heeft dan wel een verwijzing voor de fysio- of oefentherapeut nodig.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel van de fysiotherapie uit een aanvullende verzekering. Het verschilt per polis en per zorgverzekeraar voor welk bedrag en jaar die vergoeding geldt.

Bij een aanvullende verzekering voor fysiotherapie worden ook behandelingen door de oefentherapeut Mensendieck, Cesar, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatisch fysiotherapeut, oedeemtherapeut en de kinderfysio- of oefentherapeut vergoed. Een maximale vergoeding geldt voor deze therapieën samen en niet per soort therapie.

Ergotherapie

Volgt u ergotherapie of heeft u ergotherapie nodig?

UITLEG: Per kalenderjaar wordt 10 uur ergotherapie vergoed. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

U heeft geen verwijsbrief nodig van een arts, tenzij de zorgverzekeraar dit als polisvoorwaarde stelt.

De behandeling door een ergotherapeut in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis of andere instelling wordt volledig vergoed vanuit de basisverzekering of valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit geldt ook voor een dagbehandeling in een instelling. U ontvangt geen aparte rekening voor de ergotherapiebehandeling.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten van extra uren ergotherapie, of een deel ervan, via een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Logopedie

Volgt u logopedie of gaat u logopedie volgen?

UITLEG: Logopedie wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

De volgende behandelingen worden niet vergoed:
Behandeling van taalontwikkelingsstoornissen vanwege een dialect en/of anders taligheid, muziektherapie en behandeling van dyslexie.

De behandeling door een logopedist in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis of andere instelling, wordt volledig vergoed door de zorgverzekeraar of valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit geldt ook voor een dagbehandeling. U ontvangt geen aparte rekening voor de logopedist.

De zorgverzekeraar bepaalt of u een verwijsbrief nodig heeft van een huisarts of een medisch specialist.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel via een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Revalidatie

Maakt u gebruik van eerstelijnsverblijf of gaat u hiervan gebruik maken?

UITLEG: In 2015 en 2016 is het mogelijk om in aanmerking te komen voor eerstelijnsverblijf. Het gaat om tijdelijk verblijf als u niet meer in het ziekenhuis hoeft te blijven, maar vanuit het ziekenhuis nog niet naar huis toe kan. Bijvoorbeeld omdat er nog onvoldoende voorzieningen thuis zijn. Het kan ook gaan om verblijf in verband met palliatief terminale zorg.

LET OP: Om voor eerstelijnsverblijf in aanmerking te komen, is een indicatie van het Centraal Indicatie-orgaan Zorg (CIZ) nodig. Deze is hooguit drie maanden geldig. Voor eerstelijnsverblijf palliatief is dat ten hoogste drie jaar.

Op het eerstelijnsverblijf is de eigen bijdrage regeling van toepassing, zoals die geldt voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Het Centraal Administratiekantoor (CAK) int deze eigen bijdrage.

Maakt u gebruik van revalidatiezorg of gaat u revalideren?

UITLEG: Revalidatiezorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Wel moet uw revalidatiearts aangeven waarom u de zorg nodig heeft. Dit heet een indicatiestelling. Uw revalidatiearts vraagt, als dat nodig is, voor de behandeling een machtiging aan bij de zorgverzekeraar. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

LET OP: Het kan zijn dat u voor de revalidatie voorzieningen, aanpassingen en/of hulpmiddelen nodig heeft. Dit kan worden vergoed vanuit de basisverzekering of vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), van de gemeente.

Maakt u gebruik van geriatrische revalidatiezorg of gaat u hiervan gebruik maken?

UITLEG: Geriatrische revalidatie wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Daarvoor gelden wel voorwaarden. Zo moet de verzekerde worden aangemerkt als kwetsbare oudere met meerdere ziekten die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling heeft gehad, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup, maar nog niet in staat is om naar huis te gaan. Doel van de geriatrische revalidatie is terugkeer naar huis.

LET OP: Geriatrische revalidatiezorg hoeft sinds 2015 niet meer direct aan te sluiten op verblijf in het ziekenhuis. Voorwaarde is wel dat is vastgesteld dat de patiënt geriatrische revalidatiezorg nodig heeft. En dat revalidatie binnen 1 week start na ontslag uit het ziekenhuis. Ook wordt het mogelijk dat een bepaalde groep patiënten zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf geriatrische revalidatiezorg krijgt. Er moet dan wel sprake zijn van een acute aandoening. Daarnaast moet uit een geriatrisch onderzoek in het ziekenhuis blijken dat de patiënt tot de doelgroep behoort. En dat er noodzaak is tot geriatrische revalidatiezorg.

Psychische hulp

Volgt u therapie bij een psycholoog, psychiater of psychotherapeut of gaat u psychische zorg gebruiken?

UITLEG: Behandelingen binnen de basis-GGZ worden vanuit de basisverzekering vergoed. Het gaat dan om gesprekken met een huisarts, psycholoog, psychotherapeut of psychiater. Ook kan het gaan om een hulpprogramma via internet (E-health) of een combinatie van GGZ-zorg.

Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

Mensen met een lichte tot matige psychische aandoening vallen onder de basis-GGZ. Er wordt géén vergoeding gegeven bij arbeids- of relatieproblemen. Ook aanpassingsstoornissen worden niet via de basisverzekering vergoed.

De geneeskundige GGZ in de basisverzekering is beperkt tot verzekerden van 18 jaar en ouder. In het nieuwe jeugdstelsel dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, valt alle jeugdhulp onder één wet. Hiermee is de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zvw, de AWBZ en de Wmo overgeheveld naar de Jeugdwet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet.

LET OP: Er zijn behandelingen van aandoeningen die niet vanuit de basisverzekering worden vergoed. Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden wel een deel van de kosten.

Heeft u een psychische aandoening?

UITLEG: Behandelingen – zonder opname – door een hulpverlener in de gespecialiseerde GGZ krijgt u vergoed vanuit de basisverzekering. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.
U hebt wel een verwijfsbrief van huisarts of specialist nodig.
Als u wordt opgenomen in een instelling wordt de GGZ-zorg vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Opname in een GGZ-instelling wordt sinds 2015 gedurende de eerste drie jaar vergoed vanuit de basisverzekering.

Medicijnen

Gebruikt u anticonceptiemiddelen of gaat u deze gebruiken?

UITLEG: Anticonceptiemiddelen worden niet vergoed uit de basisverzekering.

Uitzondering A:

Vrouwen onder de 21 jaar krijgen anticonceptiemiddelen wél vergoed vanuit de basisverzekering. Het gaat om anticonceptiepillen, de morning after pil, het hormoonspiraaltje, de prikpil, het subcutaan implantaat (implanon), de vaginale hormoonring, hormonale pleisters, pessaria en koperhoudende spiraaltjes.

Uitzondering B:

Voor vrouwen boven de 21 jaar wordt de anticonceptiepil vergoed vanuit de basisverzekering als er een strikt medische reden is voor het gebruik. De behandelend arts moet dit aangeven.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel of de volledige kosten voor anticonceptiemiddelen vanuit een aanvullende verzekering.

Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Bij een aanvullende verzekering gaat dit niet van uw eigen risico af. Voor vrouwen onder de 21 jaar wordt het eigen risico wel aangesproken.

Het verschilt per zorgverzekeraar welk soort anticonceptiemiddel wordt vergoed. Sommige anticonceptiepillen worden niet – of niet volledig – vergoed vanuit de basisverzekering.

Slikt u medicijnen of gaat u binnenkort medicijnen gebruiken?

UITLEG: Medicijnen worden vergoed vanuit de basisverzekering als ze geregistreerd staan in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en worden voorgeschreven ze door een arts.

Medicijnen die vanuit de basisverzekering worden vergoed gaan wel van het eigen risico af. Als bij een zeldzame ziekte een geregistreerd medicijn ontbreekt, kunnen niet geregistreerde medicijnen vanuit de basisverzekering worden vergoed.

Medicijnen van de drogist worden niet vergoed vanuit de basisverzekering en tellen dus ook niet mee voor het eigen risico.

LET OP: Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis. Als u aanvullend bent verzekerd tellen deze kosten niet mee bij het eigen risico.

Als er meer medicijnen op de markt zijn die hetzelfde werken, maken veel zorgverzekeraars afspraken met apothekers welke medicijnen vergoed worden vanuit de basisverzekering. Dit heet preferentiebeleid.

Het gaat dan om medicijnen met dezelfde werkzame stof, maar die in prijs verschillen. De zorgverzekeraar bepaalt welke medicijnen worden vergoed en tot welke prijs. Dit verschilt per zorgverzekeraar.

Heeft u last van een allergie?

UITLEG: Voorgeschreven medicijnen voor een allergie kunnen worden vergoed vanuit de basisverzekering. Eenvoudige middelen, bijvoorbeeld tegen hooikoorts, worden niet vergoed. Vergoeding van hulpmiddelen bij een allergie worden niet via de basisverzekering vergoed, ook al zijn ze voorgeschreven.

LET OP: Als er meer medicijnen op de markt zijn die hetzelfde werken, maken veel zorgverzekeraars afspraken met apothekers welke medicijnen vergoed worden vanuit de basisverzekering. Dit heet preferentiebeleid. Het gaat dan om medicijnen met dezelfde werkzame stof, maar die in prijs verschillen. De zorgverzekeraar bepaalt welke medicijnen worden vergoed en tot welke prijs. Dit verschilt per zorgverzekeraar. Verschillende zorgverleners geven korting op hulpmiddelen die nodig zijn vanwege een allergie.

Vaccinaties

Haalt u jaarlijks een griep prik?

UITLEG: De griep prik wordt voor risicogroepen vergoed.

De risicogroep zijn: mensen ouder dan 60 jaar, mensen met hart- en vaatziekten, mensen met longziekten, mensen met diabetes (suikerziekte), mensen met nieraandoeningen, mensen met weinig weerstand vanwege ziekte of een medische behandeling zoals chemotherapie.

De griep prik telt niet mee voor het eigen risico als u tot de risicogroep behoort.

LET OP: Voor mensen die niet bij een risicogroep horen, wordt de griep prik soms vanuit de aanvullende verzekering vergoed.

Het verschilt per zorgverzekeraar en polis voor welk bedrag en welk jaar de vergoeding geldt.

Als u aanvullend bent verzekerd tellen deze kosten niet mee bij het eigen risico.

Haalt u geregeld reisvaccinaties?

UITLEG: Reisvaccinaties worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Reisvaccinaties worden niet vergoed door een reisverzekering.

Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel of de volledige kosten voor reisvaccinaties vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Als u aanvullend bent verzekerd tellen deze kosten niet mee bij het eigen risico.

Daarnaast verschilt het per zorgverzekeraar welke reisvaccinaties u vergoed krijgt.

Heeft u overige vaccinaties nodig?

UITLEG: Overige vaccinaties, bijvoorbeeld tegen baarmoederhalskanker, genitale wratten, waterpokken, gordelroos en het rotavirus worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Als u aanvullend bent verzekerd tellen deze kosten niet mee bij het eigen risico.

Medische hulpmiddelen

Gebruikt u loophulpmiddelen of heeft u loopmiddelen nodig?

UITLEG: Eenvoudige loophulpmiddelen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Het gaat hierbij om rollators, krukken en looprekken.

Hulpmiddelen en voorzieningen vanwege problemen met zelfredzaamheid (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen ADL), huishouden of mobiliteit in en om uw woning verzorgt uw gemeente. Dit is vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel daarvan vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Gebruikt u andere medische hulpmiddelen of heeft u die nodig?

UITLEG: Hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging of een specifieke beperking worden vergoed vanuit de basisverzekering. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

Hulpmiddelen en voorzieningen voor problemen met de zelfredzaamheid, huishouden of mobiliteit in en om de woning verstrekt uw gemeente. Dit is vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Elke zorgverzekeraar heeft een reglement hulpmiddelen opgesteld waarin per hulpmiddel staat wat de vergoedingsvoorwaarden zijn.

Per hulpmiddel kan een zorgverzekeraar kiezen welk merk, type of leverancier van het hulpmiddel vergoed wordt.

LET OP: Voor meer informatie over de vergoeding van hulpmiddelen zie ook: www.hulpmiddelenwijzer.nl en de reglementen hulpmiddelen die bij uw zorgverzekeraar op te vragen zijn. Vaak staat deze informatie ook op de website van de zorgverzekeraar.

In het reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar kunt u nagaan of de hulpmiddelen die u wenst vergoed worden. Let wel op het merk, type en leverancier van de hulpmiddelen.

Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Als u wisselt van zorgverzekering kan het zijn dat u bepaalde hulpmiddelen moet inleveren. Die moet u dan opnieuw aanvragen bij uw nieuwe zorgverzekering. Vraag dit na bij uw huidige zorgverzekeraar.

Ziekenvervoer

Reist u per taxi of eigen auto naar een zorginstelling of heeft u vervoer nodig?

UITLEG: De kosten van vervoer met een ambulance worden vanuit de basisverzekering vergoed als u voor medische zorg naar een ziekenhuis, instelling of zorgverlener gebracht moet worden. De vergoeding geldt ook voor het vervoer terug naar huis.

Reiskosten van auto of openbaar vervoer worden in de volgende situaties vanuit de basisverzekering vergoed:

- Nierdialyse.
- Oncologische behandeling, chemokuur of bestraling bij kanker.
- Als u zich alleen per rolstoel kunt verplaatsen.
- Als u begeleiding nodig heeft omdat u slechtziend bent.

Het vervoer is beperkt tot maximaal 200 km, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft om naar een verder gelegen zorginstelling te gaan.

Bij kinderen die jonger dan 16 jaar zijn, worden de vervoerskosten van een begeleider ook vergoed.

Voor deze vergoeding geldt een wettelijke eigen bijdrage per kalenderjaar.

In 2015 bedraagt de wettelijke eigen bijdrage € 97,00

LET OP: Overige langdurig zieken kunnen soms een vergoeding krijgen voor de reiskosten. Dit staat in een **hardheidclausule** van de zorgverzekeraar die u kunt opvragen.

Om voor vergoeding van vervoerskosten in aanmerking te komen, moet u bij sommige zorgverzekeraars vooraf een machtiging aanvragen.

Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden de verplichte eigen bijdrage of ze geven een reiskostenvergoeding. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar staat de vergoeding voor vervoerskosten via een aanvullende verzekering.

Zwangerschap

Heeft u (op korte termijn) een kinderwens of bent u in verwachting?

UITLEG: Verloskundige hulp en kraamzorg worden vergoed vanuit de basisverzekering.

De kosten gaan niet van het eigen risico. Wel moet u een eigen bijdrage betalen, die u soms weer vergoed krijgt via een aanvullende verzekering.

LET OP: Aantal dagen kraamzorg en de vergoeding van de eigen bijdrage verschilt per zorgverzekeraar.

Verwacht u een IVF behandeling te krijgen?

UITLEG: Er worden drie IVF-behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering.

Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

Vrouwen die jonger zijn dan 38 jaar krijgen bij de eerste en tweede IVF poging alleen de terugplaatsing van één embryo vergoed. Bij de derde poging word bij vrouwen tot 38 jaar de terugplaatsing van één of twee embryo's vergoed. Vrouwen in de leeftijd van 38 tot 43 jaar krijgen terugplaatsing van één of twee embryo's bij alle drie de pogingen vergoed. Vrouwen die ouder zijn dan 43 jaar hebben geen recht meer op vergoeding.

Wenst u een echo of test tijdens uw zwangerschap?

UITLEG: De combinatietest is voor eigen rekening, ongeacht uw leeftijd. Wel worden de kosten van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) uit het basispakket vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is een positieve combinatietest. Vrouwen met een medische indicatie hoeven geen combinatietest te doen. Het gaat om vrouwen die een verhoogd risico lopen op een kindje met het Downsyndroom. Of het syndroom van Edwards of Patau

Als je in het buitenland op eigen kosten de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) hebt ondergaan en de uitslag is positief, dan worden vanaf 2016 ook de kosten van een daarop volgende vlokcentest of vruchtwaterpunctie vergoed.

De kosten de NIPT-test tellen mee bij het eigen risico.

Wilt u een cursus volgen als voorbereiding op de bevalling?

UITLEG: Zwangerschapscursussen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de cursus of een deel van de kosten vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag waarvoor de vergoeding geldt, verschilt per polis en per zorgverzekering.

Bevalt u in het ziekenhuis?

UITLEG: Als u een medische indicatie heeft en in het ziekenhuis moet bevallen, krijgt u de kosten van de bevalling en de verloskamer volledig vergoed. Dat geldt ook voor de kosten van een ambulance als u die nodig heeft voor vervoer naar het ziekenhuis.

Wanneer u er zelf voor kiest om in het ziekenhuis te bevallen geldt in 2015 een eigen bijdrage per dag van € 336.

LET OP: Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, gaan de kosten af van uw eigen risico. Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en jaar waarvoor de vergoeding geldt, verschilt per polis en per zorgverzekering.

Bent u van plan om borstvoeding te geven en wilt u bij problemen de hulp inschakelen van een lactatiekundige?

UITLEG: Advies van een lactatiekundige wordt niet vergoed uit de basisverzekering.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag verschilt per polis en per zorgverzekering.

Leefstijl

Rookt u en wilt u daarmee stoppen?

UITLEG: Stoppen met roken programma's en hulpmiddelen vallen onder de basisverzekering.

Nicotinevervangende middelen en geneesmiddelen die een arts voorschrijft om te stoppen met roken, worden vergoed vanuit de basisverzekering. Wel geldt als voorwaarde dat u naast het gebruik van medicijnen ook erkende gedragsmatige ondersteuning moet krijgen. Het eigen risico wordt hierbij aangesproken.

LET OP: Zorgverzekeraars gaan verschillend om met de vrijheid die u heeft om zelf uw zorgverlener te kiezen. Ga na of een zorgverzekeraar afspraken heeft met de zorgverleners van uw keuze.

Welke therapieën vergoed worden, verschilt per zorgverzekeraar.

Wilt u vanwege een chronische ziekte meedoen aan een beweegprogramma?

UITLEG: Beweegprogramma's voor mensen met bepaalde chronische aandoeningen worden via de basisverzekering vergoed vanaf de 21e sessie. De lijst met specifieke aandoeningen kunt u vinden [via deze link](#).

De zorgverlener moet wel aangeven dat dit nodig is.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en jaar waarvoor de vergoeding geldt, verschilt per polis en per verzekeraar.

Dieetadvies

Heeft u voedingsadvies van een diëtist nodig?

UITLEG: Vanuit de basisverzekering worden maximaal drie behandelingen dieetadvies vergoed. Dit geldt voor dieetadvies buiten het ziekenhuis. Het eigen risico wordt hierbij aangesproken.

Een aantal zorgverzekeraars heeft in aanvullende verzekeringspakketten een vergoeding opgenomen voor voedingsvoorlichting/ preventie of cursussen.

Er zijn zorgverzekeraars die alleen preventie vergoeden bij patiënten met een BMI (Body Mass Index tussen 25 en 30).

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten van meer behandelingen geheel of gedeeltelijk vanuit een aanvullende verzekering.

Het bedrag verschilt per polis en zorgverzekering.

Een aantal zorgverzekeraars heeft in aanvullende verzekeringspakketten een vergoeding opgenomen voor voedingsvoorlichting/ preventie of cursussen.

Er zijn zorgverzekeraars die alleen preventie vergoeden bij patiënten met een BMI (Body Mass Index tussen 25 en 30).

Alternatieve geneeswijzen

Maakt u gebruik van alternatieve geneeswijzen en medicijnen of bent u dit van plan?

UITLEG: Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en jaar waarvoor de vergoeding geldt, verschilt per polis en per verzekeraar.

De vergoeding voor alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen verschilt per zorgverzekeraar.

Wanneer alleen geregistreerde homeopathische en antroposofische middelen onder de aanvullende polis vallen, betekent dit vaak dat voorgeschreven orthomoleculaire middelen en voedingssupplementen niet vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering.

Zorg buitenland

Verblijft u geregeld in het buitenland voor vakanties of werk of gaat u dit doen?

UITLEG: De basisverzekering vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland tot maximaal het Nederlandse tarief. Dat kan betekenen dat u moet bijbetalen omdat de gezondheidszorg in sommige landen duurder is dan in Nederland.

Met de EHIC kaart (European Health Insurance Card) hoeft u de kosten van de behandeling niet voor te schieten. Deze Europese zorgpas is geldig in de Europese Unie, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland, Macedonië en Australië. Een EHIC kaart is gratis en kan worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

LET OP: Sommige zorgverzekeraars vergoeden de extra kosten of een deel vanuit een aanvullende zorgverzekering. Het bedrag en jaar waarvoor de vergoeding geldt, verschilt per polis en per verzekeraar.

U hebt voor veel landen een reisverzekering nodig waar ook medische kosten onder vallen. Informeer altijd onder welk vergoedingstarief medische kosten in het buitenland valt.

Meer informatie op www.cbhc.nl en www.zorginstituutnederland.nl

Wilt u gebruik maken van niet-spoedeisende zorg in het buitenland?

UITLEG: De basisverzekering vergoedt zorg in het buitenland tot maximaal het Nederlandse tarief. Dat kan betekenen dat u moet bijbetalen omdat de gezondheidszorg in sommige landen duurder is dan in Nederland.

Voor medische hulp in het buitenland die niet-spoedeisend is, moet u vaak vooraf toestemming vragen aan uw zorgverzekeraar.

Een verwijzing van een arts is noodzakelijk.

Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

LET OP: Informeer of u een eigen bijdrage moet betalen in het buitenlandse ziekenhuis (zoals kosten per ligdag). En of andere bijkomende kosten moet betalen.

Zorgverzekeraars gaan verschillend om met de vrijheid die u heeft om een eigen zorgverlener te kiezen. Dit geldt met name voor zorg in België of Duitsland. Zoek uit of uw zorgverzekeraar een contract heeft met de therapeut die u kiest.

Sommige zorgverzekeraars vergoeden de extra kosten of een deel vanuit een aanvullende zorgverzekering. Het bedrag en jaar waarvoor de vergoeding geldt, verschilt per polis en per verzekeraar.

Meer informatie: www.cbhc.nl

Service zorgverzekeraar

Vindt u het belangrijk om (buiten kantooruren) telefonisch vragen te kunnen stellen?

UITLEG: Zorgverzekeraars bieden soms extra service en diensten aan.

LET OP: Kijk op de site van de zorgverzekeraar naar telefonische bereikbaarheid.

Vindt u het belangrijk om zaken die over uw zorgverzekering gaan digitaal (via internet) te regelen?

UITLEG: Zorgverzekeraars bieden soms extra service en diensten aan.

LET OP: Kijk op de site van de verzekeraar of u alles via internet kunt regelen of dat u ook per post zaken moet regelen. Zoals het opzeggen van de verzekering.

Vindt u het belangrijk dat de zorgverzekeraar u helpt bij het vinden van een geschikte zorgverlener?

UITLEG: Zorgverzekeraars bieden soms extra service en diensten aan.

LET OP: Kijk op de site van de verzekeraar of zij helpen bij het vinden van een geschikte zorgverlener.

Vindt u het belangrijk dat de verzekeraar voor u bemiddelt om sneller behandeld te worden?

UITLEG: Zorgverzekeraars bieden soms extra service en diensten aan.

LET OP: Kijk op de site van de verzekeraar of zij aan zorgbemiddeling doen.

Wijkverpleging

Verwacht u gebruik te maken van wijkverpleegkundige zorg?

UITLEG: Zorg door een wijkverpleegkundig en/of –verzorgende wordt vergoed uit de basisverzekering.

De behandeling van de wijkverpleegkundige e/of –verzorgende telt niet mee voor het eigen risico.

LET OP: Wijkverpleegkundige zorg valt sinds 2015 onder de zorgverzekeringswet.

Het is mogelijk om een persoonsgebondenbudget te krijgen van uw zorgverzekeraar. Informeer bij uw zorgverzekeraar naar de voorwaarden.

Longziekten

Gaat u regelmatig naar een fysiotherapeut?

UITLEG: Sinds 2013 komen mensen met COPD vanaf GOLD II (matig-ernstig COPD) in aanmerking voor 'chronische' fysiotherapie. Er is wel een verwijzing van een arts nodig. Alleen bij de eerste verwijzing komen de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening. U kunt een aanvullende verzekering afsluiten.

Het 'beweegprogramma COPD' wordt door de meeste verzekeraars als fysiotherapie vergoed vanuit de basisverzekering. Soms valt de vergoeding onder de aanvullende verzekering onder de noemer 'cursussen'.

Voor meer informatie en tips voor het kiezen van een zorgverzekering, [download hier de Longwijzer](#) over het kiezen van een zorgverzekering.

LET OP: Om in aanmerking te komen voor vergoeding van 'chronische' fysiotherapie vanaf GOLD II moet uw arts dit ook nodig vinden. U heeft dus een verwijzing van uw arts nodig.

Beweegprogramma's worden soms vergoed via een aanvullende verzekering en heten in de polis bijvoorbeeld cursussen, zelfmanagement, aangepast sporten of bewegen onder begeleiding.

Heeft u of uw kind huisstofmijtallergie?

UITLEG: Sommige zorgverzekeraars geven een ruime korting op allergeendichte hoezen (bij gecontracteerde bedrijven). Het maakt dan niet uit of u een basis- of aanvullende verzekering heeft.

Voor meer informatie en tips voor het kiezen van een zorgverzekering, [download hier de Longwijzer](#) over het kiezen van een zorgverzekering.

LET OP: Informeer bij uw zorgverzekeraar of er afspraken zijn met een leverancier van allergeendichte hoezen. Ook via de Longfonds patiëntenvereniging zijn er allergeendichte hoezen met korting verkrijgbaar. Zie ook www.longfonds.nl/ledenvoordeel

Gebruikt u medicinale zuurstof?

UITLEG: Medicinale zuurstof wordt vergoed uit de basisverzekering. Levering van zuurstof tijdens een vliegreis valt hier niet onder. Levering van zuurstof op een vakantieadres in het buitenland wordt vaak gedeeltelijk vergoed.

De meeste zorgverzekeraars vergoeden alleen de Nederlandse dagprijs voor zuurstof. Hoeveel u in het buitenland moet bijbetalen verschilt per zorgverzekeraar en per jaar. Ook kan de maximale periode dat uw zuurstofleverancier zuurstof in het buitenland levert per verzekering verschillen. Vraag ruim voordat u op vakantie gaat een offerte op bij uw zuurstofleverancier, zodat u weet met welke kosten u te maken krijgt.

Voor meer informatie en tips voor het kiezen van een zorgverzekering, **bestel hier de Longwijzer** over het kiezen van een zorgverzekering.

LET OP: Als uw zorgverzekeraar met meerdere zuurstofleveranciers een contract heeft, kunt u waarschijnlijk kiezen van welke leverancier u zuurstof wilt afnemen. Dat kan voor u belangrijk zijn, omdat het aanbod in zuurstofsystemen per leverancier verschilt. Vindt u het belangrijk welk systeem u geleverd krijgt, vraag dan bij uw verzekeraar na met welke leveranciers er afspraken zijn.

Krijgt u binnenkort een verwijzing voor behandeling in het hooggebergte vanwege astma?

UITLEG: Vergoeding uit de basisverzekering van de behandeling in het hooggebergte staat onder druk. Sommige patiënten moeten zelfs bij de rechter vergoeding afdwingen, terwijl hun arts de behandeling adviseert. Verschillende zorgverzekeraars vergoeden deze behandeling niet.

LET OP: De Vereniging Nederland-Davos heeft informatie over wat te doen bij een afwijzing van vergoeding van behandeling in het hooggebergte. Deze vindt u op nederland-davos.nl

Hart- en vaatziekten

Verwacht u gebruik te maken van looptraining bij perifeer arterieel vaatlijden?) (ook wel claudicatio intermittens of etalagebenen genoemd)?

UITLEG: Looptraining valt onder de fysiotherapie. Looptraining bij perifeer arterieel vaatlijden wordt vanaf de 21e sessie vergoed vanuit de basisverzekering. De zorgverlener moet wel aangeven dat dit nodig is.

LET OP: Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden de eerste 20 sessies fysiotherapie geheel of gedeeltelijk. Het verschilt per polis en per zorgverzekeraar voor welk bedrag en jaar die vergoeding geldt. Voor meer informatie zie: <http://www.etalagebenen.nl/vergoeding/>

Verwacht u gebruik te maken van beweegactiviteiten of beweegprogramma's voor mensen met een hart- of vaatziekte?

UITLEG: Bewegen vermindert de kans op hart- en vaatproblemen en verbetert uw conditie, óók als u al een hart- of vaataandoening heeft. Via de **beweegzoeker van De Hart&Vaatgroep** vindt u de ruim 250 sportorganisaties die zijn aangesloten bij De Hart&Vaatgroep. Deze verenigingen bieden sport- en beweegactiviteiten onder deskundige begeleiding. De kosten voor deelname aan beweegactiviteiten worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden een deel van de kosten voor deelname aan bepaalde beweegactiviteiten: o.a. medische fitness, beweegprogramma's, oefenprogramma's en beweegcursussen.

Wilt u volgend jaar een reanimatiecursus volgen?

UITLEG: elke week krijgen ongeveer 300 mensen een hartstilstand buiten het ziekenhuis. Hun kans om te overleven is sterk verhoogd als er binnen 6 minuten mensen ter plekke zijn die starten met reanimeren en een AED gebruiken. Bij een reanimatiecursus leert u hoe u moet reanimeren. Een reanimatiecursus duurt ongeveer 4 uur en kosten liggen tussen de 15 en 55 euro. De cursus wordt afgesloten met een examen, waarna u bij voldoende resultaat een certificaat ontvangt dat 1 jaar geldig is. U dient dus elk jaar een herhalingscursus te volgen om in het bezit te blijven van een geldig certificaat. Er worden door diverse instanties reanimatie cursussen aangeboden. Voor meer informatie over de reanimatiecursussen van de Hartstichting zie: <https://www.hartstichting.nl/doe-mee/leer-reanimeren> De kosten voor een reanimatiecursus worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden de kosten voor een reanimatiecursus geheel of gedeeltelijk. De vergoeding valt onder andere onder de noemers: cursussen, reanimatiecursussen, gezondheidscursussen, preventiecursussen, preventieve cursussen, gezondheidstrainingen, leefstijltraining.

Bent u lid van patiëntenvereniging De Hart&Vaatgroep of wilt u volgend jaar lid worden?

UITLEG: De Hart&Vaatgroep, organiseert landelijk en regionaal activiteiten voor mensen met een hart-of vaatziekte:

- Voorlichtings- en informatiebijeenkomsten
- Kookworkshops
- Stressmanagement cursussen
- Vakanties met begeleiding
- Contact met mensen in dezelfde gezondheidssituatie als u.

Ook zet De Hart&Vaatgroep zich in om de zorg te verbeteren. Voor meer informatie zie: www.hartenvaatgroep.nl De kosten van het lidmaatschap van De Hart&Vaatgroep wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden de kosten van het lidmaatschap van De Hart&Vaatgroep geheel of gedeeltelijk. Ook lidmaatschap van andere patiëntenorganisaties wordt in sommige gevallen vergoed. Eis is dat de patiëntenvereniging is aangesloten bij Patiëntenfederatie NPCF. De Hart&Vaatgroep is daarbij aangesloten.

Wilt u gebruik maken van de vakantieweken voor mensen met een hartaandoening?

UITLEG: De Hart&Vaatgroep en de Hartstichting organiseren vakanties voor (jonge) mensen met een hartaandoening. Doel is om deelnemers en hun naasten een fijne tijd te bezorgen. Ook is er ruimte om ervaringen uit te wisselen en de eigen grenzen te verkennen. Niet de ernst van de hartaandoening staat centraal voor deelname, maar de behoefte om in contact te komen met lotgenoten. Vakanties worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Voor meer informatie over de vakanties van De Hart&Vaatgroep zie <http://www.hartenvaatgroep.nl/wat-we-doen/vakanties.html>

LET OP: Veel aanvullende verzekeringen vergoeden een deel of de volledige kosten van de vakanties voor deelnemers tot en met 18 jaar. De vergoeding valt onder de noemer 'therapeutische kampen'.

Verwacht u gebruik te maken van podotherapie bij perifeer arterieel vaatlijden (ook wel claudicatio intermittensof etalagebenen genoemd)?

UITLEG: Podotherapie wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering.

LET OP: Sommige aanvullende verzekeringen vergoeden een deel of de volledige kosten van podotherapie bij perifeer arterieel vaatlijden.

Kanker

Verwacht u in het komende jaar gebruik te maken van hulpmiddelen

UITLEG: Hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging of een beperking worden vergoed vanuit de basisverzekering. Denk aan hulpmiddelen voor uw stoma.

LET OP: Meer informatie over de vergoeding van hulpmiddelen staat op: www.hulpmiddelenwijzer.nl

Verwacht u in het komende jaar gebruik te maken van pruiken?

UITLEG: Pruiken worden vanuit de basisverzekering vergoed tot een maximum bedrag.

LET OP: Een aanvullende verzekering geeft recht op een ruimere vergoeding. Welke vergoeding u ontvangt, verschilt per verzekering. Kijk in de polisvoorwaarden hoeveel vergoeding u ontvangt.

Verwacht u in het komende jaar gebruik te maken van revalidatie bij kanker?

UITLEG: Revalidatie bij kanker wordt als geneeskundige zorg vergoed vanuit de basisverzekering. De revalidatie is gericht op minder klachten en een betere kwaliteit van leven tijdens en na curatieve kankerbehandeling (behandeling gericht op genezing) en in de palliatieve fase (behandeling gericht op kwaliteit van leven).

LET OP: Het revalidatieprogramma Herstel & Balans wordt door meerdere zorgverzekeraars gedeeltelijk vergoed via een aanvullende verzekering. Kijk voor meer informatie op www.herstelenbalans.nl en in het polissenoverzicht van de verzekeraars.

Verwacht u in het komende jaar gebruik te maken van psychosociale (na)zorg?

UITLEG: Veel kankerpatiënten hebben tijdens en na hun behandeling behoefte aan psychologische zorg. Een levensbedreigende ziekte zoals kanker heeft effect op uw lijf, maar ook op uw gevoelsleven. Onzekerheid over de toekomst, het gezinsleven, relaties, intimiteit en werk zijn psychosociale problemen die meespelen. Zo'n veertig procent van alle kankerpatiënten heeft gespecialiseerde zorg nodig om de lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen van hun behandeling en ziekte een plek te geven.

LET OP: Er is geen vergoeding vanuit de basisverzekering voor psychologische behandeling van stoornissen die komen door een lichamelijke aandoening. Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten voor psychologische (na)zorg geheel of gedeeltelijk vanuit een aanvullende verzekering. Voor welk bedrag en jaar die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Diabetes

Gebruikt u de FreeStyle Libre?

UITLEG: De FreeStyle Libre is een nieuw hulpmiddel om de bloedglucose te meten. Zorgverzekeraars vergoeden de FreeStyle Libre in 2015 nog niet. Zij besluiten eind 2015 of, en zo ja, onder welke condities zij de FreeStyle Libre gaan vergoeden in 2016.

LET OP: Informeer bij uw zorgverzekeraar of zij de FreeStyle Libre vergoeden en of u voor vergoeding in aanmerking komt.

Gebruikt u teststrips, lancetten en/of andere diabetes hulpmiddelen?

UITLEG: Veel mensen met diabetes ervaren problemen met de vergoeding van voldoende teststrips en lancetten. Met een verklaring van uw zorgverlener kunt u (tijdelijk) meer middelen vergoed krijgen. Uw zorgverlener moet dan wel aangeven waarom u meer teststrips of lancetten nodig heeft.

Zorgverzekeraars worden kritischer in het vergoeden van hulpmiddelen. Niet alle merken en types worden vergoed door alle zorgverzekeraars. Ook kan de zorgverzekeraar het aantal leveranciers beperken.

LET OP: Kijk op de website van de verzekeraar hoeveel teststrips of lancetten een verzekeraar vergoedt en of de vergoeding ruimer is met een medische verklaring. Zoek uit of het door u gewenste merk, type of leverancier van hulpmiddelen in 2016 nog vergoed wordt. U kunt dit ook navragen bij uw verzekeraar.

Loopt u tegen problemen aan? Meld het bij Diabetesvereniging Nederland: info@dmv.nl of 033-463 05 66.

Gebruikt u een insulinepomp en gaat u op vakantie?

UITLEG: De insulinepomp is een onmisbaar, maar duur hulpmiddel. De aanschaf van de pomp wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Sommige verzekeraars verstrekken de pomp in bruikleen, andere geven de pomp in eigendom. Dit kan gevolgen hebben voor de kosten als gevolg van beschadiging, verlies of diefstal. Het is verstandig de insulinepomp te verzekeren. Dit geldt ook voor de reservepomp voor op vakantie.

LET OP:

Kosten bij verlies of diefstal van een insulinepomp zijn vaak hoger dan een reisverzekering dekt. Vraag bij uw verzekeraar na, wie deze kosten zal dragen. Sluit een pompverzekering af, als de kosten op u verhaald zullen worden. Ook voor de reservepomp die u op vakantie gebruikt.

Diabetesvereniging Nederland biedt haar leden zo'n verzekering aan.

Gebruikt u een continu glucosemeter?

UITLEG: De CGM wordt vergoed uit de basisverzekering. Verzekeraars stellen wel strikte voorwaarden. Het verschilt per ziekenhuis welke afspraken verzekeraars over de vergoeding van de CGM maken. U kunt alleen een CGM gebruiken met een verwijzing van uw zorgverlener.

LET OP: Een CGM wordt alleen vergoed als het ziekenhuis hem aanvraagt.

Informeer bij uw zorgverlener of u voor een CGM in aanmerking komt. Niet alle ziekenhuizen hebben een contract gesloten met een zorgverzekeraar om CGM aan te bieden.

Krijgt u voetzorg of heeft u vanwege de diabetes complicaties aan uw voeten?

UITLEG: De praktijkondersteuner of

diabetesverpleegkundige controleert jaarlijks uw voeten en bepaalt op basis daarvan uw zorgprofiel. Een zorgprofiel is gebaseerd op de conditie van uw voeten en de risico's die u loopt op het krijgen van voetwonden. Hieronder ziet u per zorgprofiel hoe de voetzorg geregeld is en hoe deze betaald wordt.

Zorgprofiel 0

De praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige controleert jaarlijks uw voeten en bepaalt uw zorgprofiel. Bij zorgprofiel 0 heeft u geen speciale zorg nodig. Toch is het verstandig om een medisch pedicure te bezoeken. Soms zit vergoeding hiervan in het aanvullende pakket. In de meeste gevallen betaalt u de kosten zelf.

Zorgprofiel 1

De praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige controleert jaarlijks uw voeten en bepaalt uw zorgprofiel. Bij zorgprofiel 1 krijgt u een doorverwijzing naar de podotherapeut. Deze doet een jaarlijks voetonderzoek. Dit onderzoek wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Op basis van dit onderzoek kan de podotherapeut u doorverwijzen naar een medisch pedicure voor voetzorg. Of de medisch pedicure vergoed wordt, hangt af van uw eigen zorgverzekering. Soms zit dit in het aanvullende pakket. In de meeste gevallen betaalt u de kosten zelf.

Zorgprofiel 2/3/4

De praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige controleert jaarlijks uw voeten en bepaalt uw zorgprofiel. Bij zorgprofiel 2, 3 en 4 volgt een doorverwijzing naar de podotherapeut. De podotherapeut stelt een individueel behandelplan voor u op.

De podotherapeut kan een deel van de behandeling laten uitvoeren door een medisch pedicure. Controleer of de medisch pedicure een contract heeft met de podotherapeut. Anders krijgt u de kosten van haar behandeling niet vergoed. De medisch noodzakelijke voetzorg bij zorgprofiel 2, 3 en 4 valt binnen de basisverzekering.

LET OP:

- Heeft u zorgprofiel 1 of hoger, vraag dan zelf om een doorverwijzing naar de podotherapeut, als uw zorgverlener dat niet automatisch doet. Het onderzoek van de podotherapeut zit in de basisverzekering.
- Controleer de factuur van uw zorgverzekering. Eigen risico inhouden voor medisch noodzakelijke voetzorg mag niet. Is dit wel gebeurd, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.
- Een medisch pedicure kan een deel van het behandelplan uitvoeren. Die zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Daarnaast kan de medisch pedicure cosmetische voetzorg leveren, zoals het weghalen van eelt of het knippen van nagels om cosmetische redenen. Dit valt buiten de medisch noodzakelijke zorg. Hiervoor moet u dus zelf betalen. De pedicure hoort u hierover van tevoren te informeren.
- Let op: medisch noodzakelijke voetzorg hoeft u niet zelf te betalen. Verzekerden of pedicures kunnen de kosten voor medisch noodzakelijke voetzorg ook niet meer rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. Voorheen was dat wel zo. Vanaf 1 januari 2015 doet de podotherapeut dit echter zelf bij de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars sluiten voor medisch noodzakelijke voetzorg alleen nog contracten af met zorggroepen en podotherapeuten.

Krijgt u dieetadvies vanwege uw diabetes?

UITLEG: U heeft bij diabetes recht op advies en begeleiding van een professionele diëtist. Uw behandelaar sluit daarvoor een contract. Dit dieetadvies moet dan wel bij uw diabetesbehandeling horen. Bij de vergoeding van diëtetiek is ketenzorg een belangrijk begrip. Ketenzorg houdt in dat verschillende zorgverleners samenwerken rondom diabetes, bijvoorbeeld de huisarts, podotherapeut en diëtist.

Voor dieetadvies dat geen relatie heeft met uw diabetes (en dus buiten de ketenzorg valt) krijgt u per jaar maximaal 3 uur diëtetiek vergoed uit de basisverzekering.

Voorwaarde is dat deze diëtetiek niet gerelateerd is aan diabetes. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om voedselallergie.

LET OP: Krijgt u geen ketenzorg, dan kunt u uit de basisverzekering maximaal 3 uur aanspraak maken op een diëtist. Maar voor dieetadvies dat niet gerelateerd is aan diabetes moet u mogelijk zelf betalen, als u de 3 uur al verbruikt heeft.

Heeft u een kind met diabetes en wilt u uw kind naar een vakantiekamp voor kinderen met diabetes sturen?

UITLEG: De Sugarkidsclub van Diabetesvereniging Nederland organiseert vakantiekampen voor kinderen met diabetes. Naast talloze activiteiten onder medische begeleiding leren kinderen spelenderwijs over diabetes.

LET OP: Veel aanvullende verzekeringen vergoeden een deel of de volledige kosten van de vakantiekampen. Kijk op **de site van de DVN** voor meer informatie en een vergoedingenoverzicht.

Nierziekten

Bent u hemodialysepatiënt en gaat u naar het buitenland op vakantie?

UITLEG: Wanneer u als hemodialysepatiënt op vakantie wilt, is het belangrijk om dit van tevoren goed te regelen. Om medische redenen, maar ook vanwege de mogelijke financiële consequenties. Want niet alle zorgverzekeraars vergoeden de volledige kosten van dialyse in het buitenland.

LET OP: Het belangrijkste criterium voor de hoogte van de vergoeding is of het dialysecentrum of –afdeling gecontracteerd is door uw zorgverzekeraar. In Nederland zijn vrijwel alle dialysecentra gecontracteerd.

Let wel goed op het verschil tussen 100% (=volledig) vergoed en 100% van het marktconforme tarief. In dit laatste geval is er nog steeds kans dat u moet bijbetalen. In het buitenland zijn dialysecentra (vrijwel) nooit gecontracteerd. De vergoeding die u ontvangt hangt dan af van het tarief van het dialysecentrum op uw bestemming in vergelijking met het gemiddelde (marktconforme) tarief dat de verzekeraar in Nederland hanteert.

De vergoedingen voor vakantiedialyse zijn niet uit de polisvoorwaarden af te leiden. Ze kunnen alleen door navraag bij individuele zorgverzekeraars verkregen worden. De NVN heeft dit in 2013 in samenwerking met Zorgweb gedaan, waaruit **een uitgebreid overzicht** is voortgekomen. Dit is echter geen garantie voor de vergoedingen in 2016.

Doet u buikdialyse (CAPD of APD) of hemodialyse thuis?

UITLEG: Wanneer u thuis dialyseert, of dit nu CAPD, APD of hemodialyse is, kunt u diverse bijkomende kosten declareren bij uw zorgverzekeraar. Het betreft aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat; de kosten van de opleiding en de kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, zoals kosten voor elektriciteit en water.

LET OP: De vergoedingen voor thuisdialyse zijn niet uit de polisvoorwaarden af te leiden. De meeste verzekeraars spreken van 'redelijke kosten' en 'vergoeding onder voorwaarden'. Daarom is het in alle gevallen raadzaam om contact op te nemen met de individuele zorgverzekeraars.

Krijgt u dieetadvies vanwege uw nierziekte?

UITLEG: Dieetadvisering kan in alle fasen van de nierziekte aanbevolen worden. Bij matige nierschade kan dieetadvisering helpen om nierfunctievervangende therapie zolang mogelijk uit te stellen. Bij nierfunctievervangende therapie speelt dieetadvisering een belangrijke rol bij het voorkomen of beperken van ondervoeding bij dialyse of juist overgewicht na transplantatie.

En ook bij nierziekten zoals het nefrotisch syndroom maakt dieetadvisering onderdeel uit van de behandeling. Iedereen heeft vanuit de basisverzekering recht op drie uur dieetadvisering per jaar vanuit de eerstelijnszorg (= huisarts).

LET OP: Vanuit de eerstelijnszorg (= huisarts) heeft u als nierpatiënt zijnde enkel recht op drie uur dieetadvisering vanuit de basiszorg. Wanneer u onder behandeling bent bij een specialist in het ziekenhuis of het dialysecentrum en de dieetbehandeling vindt daar plaats, dan bepaalt de zorginstelling zelf hoeveel uren aan dieetadvisering ze voor patiënten reserveren. Vraag daarom altijd bij uw zorgverlener na hoe dit in uw zorginstelling geregeld is.

Het afsluiten van een aanvullende verzekering voor dieetadvisering is ook een optie. Maar in de meeste gevallen is dieetadvisering alleen in de duurdere pakketten opgenomen. Overleg dus goed met uw zorgverlener hoeveel dieetadvisering u nodig denkt te hebben en of de kosten van een aanvullende verzekering opwegen tegen de kosten van de behandeling.

Wanneer u naast een nierziekte ook diabetes, COPD of cardiovasculair risico heeft, is het mogelijk dat u via de ketenzorg in aanmerking komt voor extra dieetadvisering via de basisverzekering. Informeer hierna bij uw huisarts.

Gebruikt u medicatie buiten het Reglement Farmaceutische Zorg om?

UITLEG: Geneesmiddelen buiten het reglement worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Toch worden deze in sommige gevallen voorgeschreven aan nierpatiënten door diëtisten of specialisten. Voorbeelden van deze medicatie zijn Alfa Liponzuur, Calciumcarbonaat en vitamine B12.

LET OP: Vraag bij uw zorgverlener na of u ook geneesmiddelen slikt die buiten de basisverzekering vallen of zoek dit op via www.medicijnkosten.nl. Wanneer dit het geval is, kan het handig zijn om hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten.

Bent u dialysepatiënt en maakt u gebruik van het zittend ziekenvervoer?

UITLEG: Als dialysepatiënt heeft u vanuit de basisverzekering recht op zittend ziekenvervoer. Hieronder valt het vervoer van en naar de dialyse voor hemodialysepatiënten én het vervoer voor PD patiënten naar het dialysecentrum waar ze de opleiding voor thuisdialyse volgen.

LET OP: Sommige verzekeraars vergoeden ook het taxivervoer naar het ziekenhuis of dialysecentrum voor de controles van PD patiënten. Dit is alleen te achterhalen door navraag bij de individuele zorgverzekeraars te doen. De NVN heeft in 2009 normen voor het zittend ziekenvervoer opgesteld samen met diverse andere partijen. Dit jaar heeft de NVN deze normen vergeleken met de huidige normen van de verzekeringsmaatschappijen. **Dit overzicht** laat zien waarom u bijvoorbeeld wel of niet met anderen wordt vervoerd, wat de maximale wachttijd bij de diverse verzekeraars is en of u wel of niet bij de deur van uw flat wordt opgehaald.

Multiple Sclerose

Verwacht u in het nieuwe jaar gebruik te maken van hulpmiddelen?

UITLEG: Eenvoudige loophulpmiddelen zoals krukken, rollators, looprekken of een loophulp worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Er zijn zorgverzekeraars die eenvoudige hulpmiddelen in de aanvullende verzekering aanbieden.

Hulpmiddelen die u in en rond het huis nodig heeft zoals een rolstoel, traplift of een elektrische deuropener worden verstrekt door de gemeente vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging of een specifieke beperking worden vergoed vanuit de basisverzekering. Deze kosten tellen mee bij het eigen risico.

De zorgverzekeraar kan hulpmiddelen voor langdurig gebruik in de thuissituatie zoals een trippelstoel, verstelbaar bed, speciaal matras (deels) vergoeden of kortingen bieden bij de aanschaf.

U kunt eenvoudige hulpmiddelen zelf lenen/huren bij een thuiszorgwinkel. Een medewerker van een thuiszorgwinkel kan u informeren omtrent de vergoedingsregelingen van de hulpmiddelen.

LET OP: Voor meer informatie over de vergoeding van hulpmiddelen zie ook: www.hulpmiddelenwijzer.nl en de reglementen hulpmiddelen die bij uw zorgverzekeraar op te vragen zijn. Vaak staat deze informatie ook op de website van de zorgverzekeraar.

In het reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar kunt u nagaan of de hulpmiddelen die u wenst vergoed worden. Let wel op het merk, type en leverancier van de hulpmiddelen.

Sommige zorgverzekeraars vergoeden de kosten of een deel vanuit een aanvullende verzekering. Het bedrag en het jaar waarvoor die vergoeding geldt, verschilt per zorgverzekeraar en per polis.

Als u wisselt van zorgverzekering kan het zijn dat u bepaalde hulpmiddelen moet inleveren. Die moet u dan opnieuw aanvragen bij uw nieuwe zorgverzekering. Vraag dit na bij uw huidige zorgverzekeraar.

Verwacht u in het nieuwe jaar gebruik te maken van incontinentiemateriaal?

UITLEG: Incontinentiemateriaal zoals wegwerpluiers, katheters en urine-opvangzakken, wordt vanuit de basisverzekering vergoed. Zorgverzekeraars hanteren bij het vergoeden van incontinentiemateriaal hun eigen voorwaarden.

De huisarts schrijft voor of u incontinentiemateriaal nodig heeft. Daarna stelt de apotheek of medische speciaalzaak vast hoeveel en van welk merk u incontinentiemateriaal nodig heeft. De verstrekking van het materiaal loopt daarna ook via deze apotheek of medische speciaalzaak. De apotheker of leverancier heeft 1 keer per jaar met u een gesprek of het materiaal en de hoeveelheid die u ontvangt nog voldoet.

LET OP: Wanneer u uw incontinentiemateriaal verkrijgt via een gecontracteerde leverancier, dan worden de producten volledig vergoed. Gaat u naar een andere leverancier dan heeft u bij sommige zorgverzekeraars vooraf toestemming nodig voor een (gedeeltelijke) vergoeding. Vraag dit na bij uw zorgverzekeraar.

Wordt de rekening van uw dermatoloog vergoed?

UITLEG: Medisch-specialistische zorg van de dermatoloog is onderdeel van de basisverzekering en valt onder het eigen risico.

LET OP: U hebt niet bij elke zorgverzekeringsspolis de vrijheid om uw eigen zorgverlener te kiezen. Zoek uit of uw zorgverzekeraar een contract heeft met het ziekenhuis en de arts van uw keuze. Informeer bij het maken van een afspraak bij uw specialist of bij uw zorgverzekeraar of kijk op hun websites.

Gebruikt u thuis medicijnen die zijn voorgeschreven door uw medisch-specialist?

UITLEG: Sinds 2012 zijn bepaalde geneesmiddelen niet langer onderdeel van de aanspraak 'farmaceutische zorg'. Het gaat hier om geneesmiddelen die deel uitmaken van de medisch-specialistische behandeling en uitsluitend door een medisch specialist worden voorgeschreven. Deze medicijnen worden als ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie toegediend. Het gaat onder andere om geneesmiddelen die worden ingezet bij chronische ontstekingsziekten zoals Eczeem, Hidradenitis en Psoriasis.

Als een patiënt in het ziekenhuis medicijnen krijgt, horen deze bij de medische zorg van het ziekenhuis. Deze medicijnen worden dan vergoed vanuit de basisverzekering en vallen onder het eigen risico.

LET OP: Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet wel aan voorwaarden worden voldaan:

- **Verzekerde zorg**
Een medicijn moet effectief en doelmatig zijn. Dat is niet altijd het geval of nog niet bewezen. Dat betekent dat niet alle medicijnen altijd (al) vergoed worden. En sommige medicijnen worden niet voor alle (huid-)aandoeningen vergoed.
Op de website www.medicijnkosten.nl vindt u meer informatie over de vergoeding van medicijnen.
- **Afspraken ziekenhuis en zorgverzekeraar**
Voor het leveren van zorg – waaronder deze medicijnen – sluiten ziekenhuizen contracten met zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars bemoeit zich actief met de inkoop van de dure medisch-specialistische geneesmiddelen. Informeer bij het ziekenhuis en/of de zorgverzekeraar of zij afspraken hebben en waaruit deze bestaan.
- **Beleid ziekenhuis**
De ziekenhuizen krijgen een budget dat zij intern verdelen over alle specialisten, behandelingen en medicijnen. Het ziekenhuisbeleid mag er niet toe leiden dat patiënten om financiële redenen niet het medicijn kunnen krijgen wat zij inhoudelijk nodig hebben.

De Stichting Eerlijke Geneesmiddelen Voorziening (St.EGV) geeft meer informatie over de vergoeding van de medisch-specialistische geneesmiddelen en vraagt eventuele problemen voor patiënten te melden op www.stichtingegv.nl.

Gebruikt u verbandmiddelen vanwege een huidaandoening?

UITLEG: Vanuit de basisverzekering is een vergoeding mogelijk van verbandmiddelen, waaronder bijvoorbeeld antibacteriële verbanden en krabpakken. Deze kosten tellen mee voor het eigen risico.

LET OP: Het basispakket is in beginsel voor iedereen gelijk en bevat alle noodzakelijke zorg. Wel kunnen zorgverzekeraars bij de invulling daarvan eigen keuzen maken. Bijvoorbeeld als het gaat om te contracteren leveranciers van de verbandmiddelen, voorwaarden voor verstrekking en hoogte van de vergoeding.

In elk reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraars kunt u nagaan óf en in welke mate de hulpmiddelen die u wenst vergoed worden. Net zoals de zorgverzekeringspolissen kunnen ook deze reglementen hulpmiddelen in 2016 veranderen.

Wenst u lichttherapie thuis voor uw huidaandoening?

UITLEG: Door de dermatoloog voorgeschreven UV-B lichttherapie is onderdeel van een medisch-specialistische behandeling. Dat is ook het geval als de lichttherapie thuis onder verantwoordelijkheid van de dermatoloog wordt ingezet. De UV-apparatuur wordt dan gefinancierd uit het ziekenhuisbudget en valt onder de basisverzekering. Deze kosten tellen mee voor het eigen risico.

LET OP: Niet voor alle huidaandoeningen wordt UV-B lichttherapie als effectief en doelmatig gezien. Lichttherapie is in ieder geval een verzekerde prestatie voor psoriasis en vitiligo. Voor bijv. constitutioneel eczeem en lichen planus wordt dit verschillend beoordeeld.

De dermatoloog beoordeelt of de lichttherapie aan medisch-inhoudelijke voorwaarden voldoet om deze onder zijn verantwoordelijkheid thuis in te zetten. Voor het gebruiken van de UV-apparatuur in de thuissituatie sluiten veel ziekenhuizen contracten met leveranciers. Ga bij uw dermatoloog of ziekenhuis na of dat het geval is. Wilt u per se UV-lichttherapie thuis volgen ga dan eerst bij uw dermatoloog na of het ziekenhuis een dergelijk contract heeft afgesloten.

Afhankelijk van het type zorgverzekeringspolis heeft de zorgverzekeraar een rol bij het realiseren van UV-B lichttherapie. Als deze een overeenkomst heeft met het ziekenhuis en de specialist over het verlenen van medisch-specialistische zorg, is het aan de zorgverzekeraar om in overleg met het ziekenhuis te regelen dat verzekerden de beschikking krijgen over de apparatuur voor UV-B lichttherapie thuis.

Welke vergoedingen bieden de basisverzekering en aanvullende verzekeringen voor huid- en haaraandoeningen?

UITLEG: Het basispakket is in beginsel voor iedereen gelijk en bevat alle noodzakelijke zorg.

Of een behandeling, medicijn, therapie of hulpmiddel tot dat basispakket behoort, is afhankelijk van beslissingen van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Daarvoor moet het effectief en doelmatig zijn. Dit kan per huid- en haaraandoening verschillen.

Of een patiënt in aanmerking komt voor een behandeling, medicijn, therapie of hulpmiddel beoordeelt de zorgverlener.

Verder maken zorgverzekeraars bij de invulling van de basisverzekering eigen keuzen. Bijvoorbeeld als het gaat om te contracteren leveranciers, voorwaarden voor verstrekking en hoogte van vergoeding. Zorgverzekeraars kunnen verschillende soorten basispolissen aanbieden. Wel moeten ze alle verzekerden voor een basispolis onder dezelfde voorwaarden accepteren.

De zorgverzekeraars hebben nog meer vrijheden voor de invulling van de aanvullende verzekeringen. Deze bevatten vaak eveneens vergoedingen voor huid- en haarpatiënten. Dit betekent wel dat er een grote variatie aan verzekeringspolissen is: zowel voor de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen. Inmiddels zijn er veel sites waar een vergelijking van de zorgverzekeringen worden gemaakt. Deze kunnen behulpzaam zijn bij het kiezen van een zorgverzekering.

LET OP: Welke vergoeding u uiteindelijk krijgt, is dus afhankelijk van veel factoren. Verder zijn vergoedingen vaak gemaximeerd (in aantallen, in geld of hoe vaak in een bepaalde periode een vergoeding mogelijk is) of moeten eigen bijdragen betaald worden. Ook kan eerst het eigen risico voldaan moeten worden alvorens de basisverzekering tot vergoeding over gaat. Tegenover de vergoedingen moet u natuurlijk ook de door u te betalen premie afwegen.

De vergelijkingssites geven een overzicht op hoofdlijnen en bieden niet alle informatie tot in detail. Meer informatie kunt u vaak wel vinden op de sites van de verzekeraars. Dat gaat allereerst om een vergoedingenoverzicht van hun verschillende polissen en een lijst van de door hen gecontracteerde zorgaanbieders en leveranciers. Voor sommige antwoorden moet u nog een stap verder: de reglementen hulpmiddelen en de specifieke verzekeringsvoorwaarden van de aangeboden polissen.

Mocht dit geen uitkomst bieden? Neem dan persoonlijk contact op met uw zorgverlener of de zorgverzekeraar(s). Verder bieden de verenigingen voor huid- en haarpatiënten mogelijk relevante informatie en ondersteuning voor u. Kijk op de site van Huidpatiënten Nederland als u wilt weten welke verenigingen voor huid- en haarpatiënten er zijn: <http://www.huidpatienten-nederland.nl/wie-zijn-wij/leden/>. Een deel van de zorgverzekeraars gaf voorgaande jaren bij een aanvullende polis een vergoeding voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Gebruikt u medicijnen die speciaal voor u gemaakt zijn?

UITLEG: Een bereiding is een medicijn dat de apotheek speciaal voor een patiënt maakt of laat maken. Bijvoorbeeld omdat reguliere fabrikanten dit niet leveren. Of omdat de sterkte of vorm van een bestaand medicijn niet geschikt is voor de patiënt.

LET OP: Het basispakket is in beginsel voor iedereen gelijk en bevat alle noodzakelijke zorg. Wel kunnen zorgverzekeraars bij de invulling daarvan eigen keuzen maken. Dat doen zij ook bij de beoordeling van vergoedingen van deze bereide middelen. Dit kan leiden tot verschillen tussen zorgverzekeraars wat betreft het wel of niet vergoeden van deze middelen en de voorwaarden waaronder zij dat doen (bijvoorbeeld na machtiging).

Zorgverzekeraars zijn in 2015 begonnen met het herzien van hun vergoedingen voor bereide geneesmiddelen. Mogelijk veranderen deze vergoedingen voor huid- en haarpatiënten opnieuw met ingang van 1 januari 2016. Informeer bij de voorschrijvend arts, de apotheek of de zorgverzekeraar wat er mogelijk voor u verandert. Of kijk voor een actueel overzicht: <http://www.knmp.nl/dossiers/dossier-verg>

Geen voorkeur

Restitutiepolis:

Bij een restitutiepolis mag u zelf uw zorgverleners kiezen. De verzekeraar moet de kosten voor deze zorg vergoeden. Meestal is dit een volledige vergoeding. De zorgverzekeraar kan besluiten de kosten niet volledig te vergoeden als hij kan aantonen dat de kosten in uw geval onredelijk hoog zijn.

Kijk altijd op de website van uw zorgverzekeraar of de werkelijke kosten worden vergoed. Soms wordt alleen een marktconform tarief vergoed. Uw verzekeraar kan u uitleggen wat dit in uw geval betekent.

Meestal maakt de zorgverzekeraar afspraken met zorgverleners over de betaling van de rekeningen. Als er geen afspraken zijn gemaakt moet u de kosten zelf voorschieten. Daarna kunt u dit bij uw zorgverzekeraar declareren. U heeft dan recht op teruggave (restitutie) van de kosten zoals dat in uw polisvoorwaarden staat.

Naturapolis:

Bij een naturapolis maakt uw zorgverzekeraar in een contract afspraken met zorgverleners over de zorg die zij u kunnen bieden. U kunt alleen kiezen voor zorgverleners waar uw zorgverzekeraar een contract mee heeft. U hebt daarom minder keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgverlener. Als u toch naar een andere zorgverlener wilt gaan, is de zorgverzekeraar niet verplicht alle kosten te vergoeden.

Controleer altijd bij de zorgverzekeraar en de zorgverlener of ze een contract met elkaar hebben. Kijk daarvoor op de websites van uw zorgverzekeraar en van uw zorgverlener, of vraag het bij hen na. Zorgverzekeraars moeten in principe voor 19 november bekend maken met welke zorgverleners zij contracten afsluiten voor het jaar 2016.

De zorgverleners declareren hun kosten direct bij uw verzekeraar. U hoeft dus geen geld voor te schieten.

Vaak vergoedt de verzekeraar een marktconform bedrag of een deel daarvan. Uw verzekeraar moet u uitleggen wat een 'marktconforme vergoeding' in uw situatie betekent. Kijk op de website van uw verzekeraar welke kosten er wel worden vergoed.

Heeft u een behandeling die in een volgend jaar doorloopt? En wilt u veranderen van zorgverzekeraar? Kijk dan ook op de website van de betreffende verzekeraar wat er staat over het afronden van lopende behandelingen.

Combinatiepolis:

In deze polis worden de kenmerken van de naturapolis en de restitutiepolis gecombineerd. De zorgverzekeraar sluit voor bepaalde zorg contracten af met zorgverleners. U kunt alleen bij deze zorgverleners terecht. Voor de zorg waarvoor de zorgverzekeraar geen contracten afsluit, mag u zelf uw zorgverlener kiezen. U moet dan meestal zelf de kosten voorschieten en kunt die later declareren bij uw zorgverzekeraar. U heeft dan recht op teruggave (restitutie) van de kosten of een deel daarvan.

Budgetpolis:

Dit is een polis die in verhouding een lage premie heeft. Kenmerken van budgetpolissen zijn keuze uit een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders, een relatief lage vergoeding als je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, de verplichting om hulpmiddelen en/of geneesmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder, en een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen. Soms moeten declaraties via internet worden ingediend, soms kan je de polis alleen online sluiten. De polis wordt dikwijls met een 'vanaf premie' aangeprezen. Dat is de laagste premie gecombineerd met het hoogste vrijwillig eigen risico.

Eigen risico

Iedereen betaalt een verplicht eigen risico voor zorg die onder de basisverzekering valt. Voor 2016 is dat €385. Kosten voor een bezoek aan de huisarts, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige of verzorgende en zorg die valt onder de aanvullende verzekering tellen niet mee voor dit eigen risico. Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit kan tot een maximum bedrag van €500. Het kan aantrekkelijk zijn als u weinig zorgkosten maakt. U betaalt dan een lagere premie. et op: als u zorgkosten maakt worden deze eerst verrekend met het verplicht eigen risico van €385, eventueel aangevuld met het vrijwillig eigen risico van maximaal €500. Dit kan betekenen dat u voor een ziekenhuisopname een rekening van uw verzekeraar krijgt van €885.

Het kan zijn dat u in één keer het volledige eigen risico moet betalen. Dat is niet voor iedereen op te brengen. De meeste zorgverzekeraars hebben betalingsregelingen voor het verplichte eigen risico. Soms is dat in de vorm van iedere maand een bedrag betalen (vooraf), en soms is dat nadat u contact heeft opgenomen met uw zorgverzekeraar naar aanleiding van de rekening.

Collectieve zorgverzekering

Een collectiviteit is een groep verzekerden die samen voor dezelfde polis kiest en een contract sluit met een zorgverzekeraar. De verzekeraar mag maximaal 10% korting op de premie geven aan de verzekerden die bij deze collectieve groep horen. Collectieve verzekeringen zijn vaak goedkoper dan individueel afgesloten verzekeringen. Veel mensen zijn collectief verzekerd via hun werkgever of hun gemeente. Maar ook vakbonden en ouderenorganisaties bieden collectieve zorgverzekeringen. Ook sommige

patiëntenverenigingen van chronisch zieken sluiten met verzekeraars collectieve zorgpolissen af.

Overstappen naar andere zorgverzekeraar

U kunt overstappen naar een nieuwe zorgverzekeraar tot 1 februari 2016. U kunt uw huidige verzekering opzeggen tot en met 31 december 2015. Op de website van uw zorgverzekeraar vindt u informatie hoe u moet opzeggen. Als u ook een aanvullende verzekering wenst, is het belangrijk dat u door de nieuwe zorgverzekeraar geaccepteerd bent voordat u uw huidige verzekering opzegt.

Vergelijkingssites Zorgverzekeraars

Gebruik de resultaten van uw persoonlijke checklist en vergelijk meerdere zorgverzekeraars met elkaar. Wij adviseren u om dit bij meerdere vergelijkingssites te doen. Bijna alle vergelijkingssites dienen een bepaald belang en dat is niet altijd uw belang. Kijk bij uw uiteindelijke keuze, ook op de website van de zorgverzekeraar zelf. Check of de verkregen informatie uit de vergelijking klopt.

Algemene informatie

Heeft u nog vragen of wilt u meer informatie? Dan kunt u uiteraard bellen met de Informatiepunt: 0900 23 56 780 (20ct/gesprek).
Of kijk op: <https://www.npcf.nl/uw-vraag-of-mening>