**Keuzegids Zorgverzekering 2016**

**Een verkeerde zorgpolis kan u duur komen te staan. Kies bewust.**

**Keuzegids in de winkel**

In samenwerking met Uitgeverij AUP verschijnt de Keuzegids Zorgverzekering 2016 ook als papieren uitgave. De Keuzegids is voor 7,95 euro bij alle boekhandels te koop of te bestellen. Ook kunt u de gids bestellen in de webshop van Uitgeverij AUP.

De Keuzegids Zorgverzekering 2016 is in opdracht van Patiëntenfederatie NPCF

geschreven door Flip Vuijsje en Frank van Wijck.

Drs Flip Vuijsje was hoofdredacteur van onder andere de tijdschriften Intermediair en Arts en Auto. Hij publiceerde een aantal boeken over economie en over management, plus een paar over rockmuziek. Sinds 2011 is hij eigenaar van bureauflipvuijsje, redactionele hulp bij zorgpublicaties in Amsterdam ([www.bureauflipvuijsje.nl](http://www.bureauflipvuijsje.nl)).

Drs Frank van Wijck is sinds 1988 fulltime actief in de wereld van de Nederlandse gezondheidszorg, als journalist, publicist, (hoofd)redacteur, dagvoorzitter, boekauteur, copywriter & tekstschrijver, blogger. Sinds 2002 is hij eigenaar van Eva tekstproducties in Amsterdam ([www.evatekst.nl](http://www.evatekst.nl)).

Ontwerp omslag: Lexenzo

Ontwerp binnenwerk: Lexenzo

NUR 860

© F. Vuijsje/F. van Wijck/Patiëntenfederatie NPCF, Utrecht 2015

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Patiëntenfederatie NPCF. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 jº het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Patiëntenfederatie NPCF te wenden. Patiëntenfederatie NPCF en de auteurs aanvaarden geen enkele aansprakelijkheid voor op basis van informatie in deze publicatie gemaakte keuzes.

**Inhoud**

**Voorwoord**

**Over deze gids: inzicht in hoofdlijnen**

**1 Wat verandert er in 2016?**

**2 Overstappen van zorgverzekeraar:**

 hoe doet u dit, en tot welke datum kan dat precies?

**3 De kernpunten van ons zorgstelsel:**

 wat u in élk geval zou moeten weten

**4 De basisverzekering:**

 wat valt hier precies wel en niet onder?

**5 Soorten en maten in basispolis:**

 vier soorten polis, dus behoorlijk ingewikkeld

**6 Nieuwe plannen van de minister:**

 afschaffing vrije artsenkeuze van de baan

**7 Eigen risico:**

 u kunt voor een deel zelf bepalen hoe hoog

**8 Aanvullend verzekeren:**

 waarvoor, wanneer en voor wie is dit zinvol?

**9 Collectiviteiten:**

 aansluiten levert bijna altijd premiekorting op

**10 Vergelijkingssites:**

 wat doen die voor u, en hoe werken ze precies?

**11 De zorgtoeslag:**

 voor wie, hoe hoog, en hoe regelt u die?

**12 Inkomensafhankelijke bijdragen:**

 rechtstreeks via de belastingen

**13 Onder de 18 en 65-plus:**

 speciale dingen om te weten

**14 Chronisch ziek zijn en verzekeren:**

 goed op details letten.

**15 In het buitenland:**

 worden uw zorgkosten ook dan vergoed?

**16 Regierol voor de zorgverzekeraars:**

 zorginkoop op basis van kwaliteit

**17 Zorgverzekeraars op een rij:**

 negen concerns, tientallen labels

**Tot slot: alle opties op een rij**

**Verklarende woordenlijst**

**Voorwoord**

Iedereen kent ze en gebruikt ze: reisgidsen of restaurantgidsen met handige

tips om je weg te zoeken. Patiëntenfederatie NPCF voegt iets nieuws toe, met

deze Keuzegids Zorgverzekering. Iets nieuws en iets moois. Namelijk eerlijke

en actuele informatie, en praktische tips en hulp bij het kiezen van de juiste

zorgpolis. We maken de werkelijkheid niet mooier dan ze is. We kunnen niet

veranderen dat het onderwerp ingewikkeld is. We kunnen het wel overzichtelijker

en begrijpelijker voor u maken. Zodat u beslagen ten ijs komt als u in

december weer voor de keuze staat welke ziektekostenpolis het moet worden

voor het komende jaar.

In deze gids wordt alle informatie van A tot Z op een rij gezet door Flip Vuijsje

en Frank van Wijck, publicisten die hun sporen in het zorgveld ruimschoots

hebben verdiend. Zij geven antwoord op vragen als: Wat verandert er komend

jaar? Wat is eigenlijk een restitutiepolis? Hoe zit het met vergoedingen van

zorg die je in het buitenland gebruikt? Waar kan ik op letten als ik een

zorgpolis kies?

De gids maakt deel uit van een campagne rond zorgverzekeringen van

Patiëntenfederatie NPCF. Daarin wijzen we mensen op het belang van een

weloverwogen keuze voor een zorgpolis. En dat blijkt geen overbodige luxe.

Voor onze campagne onderzochten we hoe mensen staan tegenover het

onderwerp zorgverzekeringen. Het zal u niet verbazen dat het onderwerp bij

de meest mensen niet hoog scoort in populariteit.

Maar wie de waarderingen leest die mensen schrijven op ZorgkaartNederland

over zorgverzekeraars, ziet dat ze toch vaak een uitgesproken mening hebben

over de service en dienstverlening van zorgverzekeraars. En hoe belangrijk het

kan zijn dat dit goed is geregeld. Mensen hechten zeer aan goede informatie

en snelle afhandeling van de nota’s. En ervaren soms vervelende gevolgen

als ze geen passende polis blijken te hebben. ‘Ik moest naar de kaakchirurg.

Maar niets werd vergoed! Met als gevolg duizenden euro’s schuld.’ Of:

‘Vanwege mijn slechte gezondheid kan ik bijna niet reizen dus wil ik naar

het ziekenhuis dichtbij. Maar daar heeft de verzekeraar geen contract mee.’

We hopen met de juiste informatie teleurstellingen of verrassingen als deze

voor u te voorkomen. En willen dat u uw voordeel doet met de informatie uit

de gids, en dat u vervolgens beoordeelt of uw polis bij uw situatie past of niet.

Onze bestemming is dat u goed geïnformeerd bent, en dat u de weg vindt

door alle regels en uitzonderingen. We wensen u een goede reis.

Dianda Veldman,

directeur-bestuurder Patiëntenfederatie NPCF

**Over deze gids: inzicht in hoofdlijnen**

Aan het eind van ieder jaar wordt u overspoeld met reclameboodschappen

van zorgverzekeraars. Misschien haalt u dan uw schouders op, en denkt:

‘Ik ben al goed verzekerd.’ In principe is dit ook zo, want iedereen is in

Nederland verplicht verzekerd voor de basis-zorgverzekering. En die biedt

een brede dekking.

Toch valt er nog genoeg te kiezen. Er zijn zorgpolissen in soorten en maten,

die verschillen in de hoogte van de premie en in de keuzevrijheid die u heeft

om naar zorgaanbieders van uw eigen voorkeur te gaan. U kunt verder zelf

uitmaken hoeveel extra eigen risico u wilt. En u moet afwegen of u zich ook

aanvullend wilt verzekeren, bijvoorbeeld voor tandzorg of fysiotherapie.

Op intussen een flink aantal ‘vergelijkingssites’ vindt u heel gedetailleerde

vergelijkingen van grote aantallen polissen en premies. U kunt hier ook

meteen uw zorgverzekering afsluiten (waarbij deze ‘zorgvergelijkers’, zoals ze

ook wel worden genoemd, soms wél van de verzekeraar een provisie

ontvangen). Maar de bedoeling van deze Keuzegids Zorgverzekering 2016 is

een andere.

Om in de enorme veelheid aan cijfers en lettertjes in al die polissen goed

uw weg te vinden, is het goed om eerst zelf op de hoogte te zijn van de

belangrijkste hoofdlijnen. En dát is wat deze gids u biedt. Met de kennis die

u hier vindt, kunt u zelf meer gericht bepalen wat u precies wilt, en waarom.

Wat u wilt veranderen, opzeggen, aanpassen, vernieuwen, toevoegen.

Of u hiervoor bij uw huidige zorgverzekeraar moet blijven, of beter naar een

andere kunt overstappen. En hoe en waar u dit het beste kunt regelen: bij zo’n

vergelijkingssite, door u aan te sluiten bij een ‘collectiviteit’, of gewoon

rechtstreeks bij een zorgverzekeraar?

De meeste hoofdstukken bieden vooral praktische keuze-informatie. Maar er

zijn er ook een paar die extra achtergrond bieden, en die u kunnen helpen om

ons zorgstelsel in zijn totaliteit beter te begrijpen. Dit inclusief wettelijke

regelingen die u, in tegenstelling tot de premies die u aan uw zorgverzekeraar

betaalt, geen ruimte voor individuele keuzen laten. Maar waaraan u wél

duizenden euro’s per jaar verplicht meebetaalt, langs minder direct zichtbare

kanalen. En ook dat zijn dingen die goed zijn om te weten.

oktober 2015

Flip Vuijsje en Frank van Wijck

Hoofdpunten:

• Basispremie gemiddeld iets hoger dan in 2015.

• Wettelijk verplicht eigen risico 10 euro hoger.

• Zorgtoeslag bij vooral lage inkomens iets hoger.

**1. Wat verandert er in 2016?**

**Prinsjesdag is weer achter de rug, de regeringsplannen voor de**

**gezondheidszorg zijn bekend, en uiterlijk 19 november weten we ook**

**de nieuwe premies van alle zorgverzekeraars. Wat worden komend**

**jaar de belangrijkste veranderingen?**

Wat u precies aan zorgverzekering betaalt, valt in een paar hoofdonderwerpen

uiteen. Die komen in deze Keuzegids Zorgverzekering 2016 stuk voor stuk aan

de orde, ieder in een of meer eigen hoofdstukken. Vier hoofdonderwerpen zijn,

in volgorde van behandeling:

- De basisverzekering. Die is voor iedereen verplicht (hoofdstuk 4),

 en dekt de kosten van alle ‘noodzakelijke zorg’. De maandpremie die u

 hiervoor betaalt, is het meest direct in het oog springende onderdeel van

 de zorgverzekering. Basispolissen zijn er in een aantal varianten

 (hoofdstuk 5).

- Eigen risico. Dit valt uiteen in een verplicht en een vrijwillig gedeelte

 (hoofdstuk 7).

- Aanvullende verzekering. Die is vrijwillig, op terreinen zoals tandzorg,

 fysiotherapie en psychologie (hoofdstuk 8).

- Zorgtoeslag. Dit is een financiële compensatie voor mensen met lager(re)

 inkomens (hoofdstuk 11).

**Basispremie gemiddeld wat omhoog**

De premies voor de basisverzekering 2016 zijn vanaf 19 november 2015 allemaal

bekend. Zoals altijd was ook dit keer weer de kleine regionale zorgverzekeraar

DSW de eerste die zijn premie voor het komend jaar bekendmaakte. Die stijgt

met 3,75 euro per maand en komt daarmee uit op € 98,75. De overige zorgverzekeraars

zullen hun premie voor de basispolis ook licht verhogen, naar een

gemiddelde van waarschijnlijk net even boven de 100 euro per maand.

Dat die basispremies opnieuw iets omhoog gaan, na een eerdere verhoging

een jaar geleden, is voor een deel nog een nasleep van een belangrijke

wetswijziging die per 1 januari 2015 van kracht werd. Sommige taken die tot

dan toe onder de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) vielen, zijn

overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, en worden nu gefinancierd uit de

basispolis. In de loop van 2015 hebben zorgverzekeraars vastgesteld dat de

kosten van deze (voor hen) nieuwe zorgonderdelen hoger uitvallen dan

aanvankelijk verwacht. Dit geldt bijvoorbeeld voor verpleging thuis. Vandaar

die nieuwe premieverhoging. Maar dit is niet de enige reden voor de

premiestijging. Die wordt ook veroorzaakt door de vergrijzing en door nieuwe

dure geneesmiddelen.

*Bescheiden veranderingenin 2016, de voornaamste zijn (kleine)*

*verhogingen van de basispremie en het verplichte eigen risico.*

**Polisvarianten**

Wat niet verandert, is dat premies voor de basispolis kunnen verschillen per

specifieke variant van die basispolis. Die varianten zijn:

• restitutiepolis

• naturapolis

• combinatiepolis

• budgetpolis

Onderling verschillen die polisvarianten in de hoeveelheid vrijheid die u

heeft bij het kiezen van specifieke zorgverleners. Alleen bij een restitutiepolis

hoeft u veelal niet zelf bij te betalen, ongeacht welke zorgverleners u kiest.

Meer hierover leest u in hoofdstuk 5.

Tot nu toe was het zo dat de zorgverzekeraars in hun reclamecampagnes

graag ‘vanaf’-prijzen hanteerden voor hun polissen. Het premiebedrag dat dan

werd genoemd, hoorde bij het maximale vrijwillig eigen risico van 500 euro

per jaar. Dat was een beetje kunstmatige manier om met zo laag mogelijke

premies te schermen, want hoe hoger dat vrijwillig eigen risico, hoe lager de

maandpremie. En dus ook een beetje misleidend, voor mensen die in de eerste

plaats op zoek zijn naar een basispolis zonder vrijwillig (extra) eigen risico.

In een gezamenlijk actieplan hebben verzekeraars nu afgesproken dit niet

langer te zullen doen, en naar buiten te treden met de ‘normale’ premies.

**Eigen risico 10 euro omhoog**

Naast het vrijwillig eigen risico, is er ook een wettelijk verplicht eigen risico,

dat geldt voor iedereen en dat is voor iedereen hetzelfde (hoofdstuk 7).

In 2015 was dit 375 euro per jaar, in 2016 wordt dat 385 euro. Voor een paar

belangrijke soorten medische zorg, zoals ziekenhuiszorg en geneesmiddelen,

moet u dus de eerste 385 euro uit eigen zak betalen. Pas nadat u dit bedrag

hebt opgemaakt, begint de dekking door de basisverzekering.

Bezoek aan de huisarts valt overigens niet onder het eigen risico, net zomin

als kraamzorg en verloskunde. Sinds 2015 geldt dit ook voor wijkverpleegkunde:

eigen betalingen voor verpleging en verzorging thuis zijn hiermee

vervallen. Ook de zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar valt buiten het

eigen risico.

**Zorgtoeslag iets hoger**

De zorgtoeslag is een tegemoetkoming in de kosten voor de basisverzekering,

voor mensen met lagere inkomens. Die toeslag gaat in 2016 voor vooral

mensen met de laagste inkomens iets omhoog, met waarschijnlijk zo’n 6 euro

per maand. Mensen van 65 jaar of ouder lopen de kans dat hun zorgtoeslag

minder wordt of zelfs helemaal vervalt bij een eigen vermogen boven een

bepaalde grens. De extra vrijstelling van vermogen voor wie recht heeft op

AOW vervalt namelijk per 1 januari 2016.

Hoofdpunten:

• Opzeggen kan tot en met 31 december.

• Een nieuwe verzekeraar vinden, moet dan vóór 1 februari.

• Voor de basisverzekering moet iedere verzekeraar u zonder meer accepteren.

• Maar voor aanvullende polissen geldt dit niet!

**Overstappen van zorgverzekeraar**

**Hoe doet u dat? Maakt het nog uit wat voor soort verzekering precies?**

**En wat is de uiterste datum dat het nog kan?**

Niet iedereen beseft dit even goed, maar: u mag aan het eind van ieder

kalenderjaar wisselen van zorgverzekeraar. Of bij uw huidige zorgverzekeraar

iets veranderen in uw polis(sen). Dit geldt niet alleen voor uw verplichte

basisverzekering; maar ook voor aanvullende verzekeringen, die u vrijwillig

afsluit. U kunt zelfs de basisverzekering bij de ene zorgverzekeraar afsluiten

en een aanvullende verzekering bij een andere.

Wilt u een polis bij uw huidige zorgverzekeraar opzeggen, geef dan duidelijk

aan waar het precies om gaat. Om de basisverzekering? Om een of meer

aanvullende verzekeringen? Of allemaal?

Let verder wel goed op uw precieze polisvoorwaarden. Sommige

zorgverzekeraars hanteren tot nu toe namelijk een premietoeslag voor uw

aanvullende verzekering, als u uw basisverzekering oversluit naar een andere

verzekeraar (meer hierover in hoofdstuk 8).

**Acceptatieplicht**

Voor de basisverzekering (hoofdstuk 4) hebben alle zorgverzekeraars een

acceptatieplicht: ze mogen niemand weigeren en moeten iedereen precies

dezelfde premie rekenen. Voor de aanvullende verzekering ligt dit anders.

Een verzekeraar kan u daarvoor bijvoorbeeld vragen om een medische

verklaring, en dan op basis van de uitslag een extra hoge premie vragen.

**Uitstel niet mogelijk**

Veranderen van zorgverzekering kan ieder jaar per 1 januari, en kunt u dit

jaar regelen vanaf 19 november (2015). U moet dan wel zorgen dat uw huidige

zorgverzekeraar uw opzegging uiterlijk op 31 december binnen heeft. Uitstel is

niet mogelijk. Wel heeft u daarna nog tot 31 januari 2016 de tijd om uw nieuwe

zorgverzekeraar voor de basispolis te kiezen. U bent dan met terugwerkende

kracht vanaf 1 januari verzekerd. Heeft u op 1 februari nog steeds geen

keuze gemaakt, dan bent u onverzekerd. En omdat u verplicht bent een

basisverzekering af te sluiten, kan dit u een boete kosten.

Opzeggen kan op twee manieren. U kunt het zelf regelen: door uw huidige

zorgverzekeraar een brief te sturen, te mailen of te bellen (vraag wel altijd om

een snelle schriftelijke bevestiging). Of u kunt, als u op dat moment ook al

een nieuwe zorgverzekeraar hééft, gebruik maken van diens overstapservice:

uw nieuwe verzekeraar zegt voor u op bij uw oude.

Veranderen van zorgverzekering betekent niet per se dat u ook verandert van

zorgverzekeraar. U mag ook bij dezelfde verzekeraar overstappen, bijvoorbeeld

van een naturapolis naar een restitutiepolis (hoofdstuk 5) of andersom.

Ook kunt u dingen veranderen aan uw aanvullende verzekering(en).

Soms ook zult u overstappen naar een zorgverzekeraar die weliswaar een

andere naam heeft, maar die in feite gewoon een ander ‘label’ is van uw

huidige zorgverzekeraar. Meer hierover in hoofdstuk 17.

*Opzeggen kunt u zelf regelen, of door uw nieuwe verzekeraar laten doen.*

**Bijzondere situaties**

In uitzonderlijke gevallen kunt u ook overstappen tijdens het kalenderjaar.

Dit kan als uw deelname aan een collectieve regeling (hoofdstuk 9)

wordt beëindigd, bijvoorbeeld bij een nieuwe baan. Het kan ook als uw

zorgverzekeraar tussentijds de polisvoorwaarden in uw nadeel verandert.

Het kan bij sommige veranderingen in de persoonlijke situatie, zoals

echtscheiding. En het kan als iemand 18 jaar wordt, en zelf zijn basispolis

kan gaan regelen.

Wie een premie-achterstand heeft, kan niet overstappen. En wie net even te

laat is met overstappen, dus als uw oude zorgverzekeraar de opzegging pas

op 1 januari ontvangt, komt op een ‘wissellijst’ te staan. Dit betekent dat

zorgverzekeraars onderling beslissen of ze een overstap wel of niet accepteren.

U kunt dan zelf verder niets doen, behalve afwachten.

**Nog nergens aan vast**

Wie niet wil overstappen, hoeft verder helemaal niets te doen.

Uw zorgverzekering, zowel de basispolis als eventuele aanvullende polissen,

wordt dan automatisch voortgezet voor één nieuw kalenderjaar, en u

accepteert hiermee de nieuwe polisvoorwaarden en premies.

Maar voor de goede orde toch nog dit. Al eind november krijgt u van uw

huidige zorgverzekeraar het nieuwe polisaanbod voor 2016 in de brievenbus

of mailbox. Maar hoe officieel en ‘definitief’ dit misschien ook mag ogen:

u bent hiermee dan nog níet akkoord gegaan. U zit op dat moment nog

nergens aan vast. En heeft nog steeds tot en met 31 december de tijd om als u

dit wilt gewoon op te zeggen.

*Wie niet wil overstappen, hoeft verder niets te doen: uw verzekering wordt gewoon voortgezet.*

Hoofdpunten:

• Voor iedereen gelijke toegang tot de basiszorg.

• Sleutelrol voor zorgverzekeraars.

• Strakke inkadering door overheidsregels.

• Solidariteit is een kernbeginsel.

• Kostenbewaking blijft actueel.

**De kernpunten van ons zorgstelsel**

**Wat is de Zorgverzekeringswet, en waarom moest die er komen?**

**En hoeveel ‘marktwerking’ zit er nou écht in ons huidige systeem?**

**Achtergrond Zorgverzekeringswet (Zvw)**

Het zorgverzekeringsstelsel zoals wij dit nu kennen, bestaat sinds 1 januari

2006. Op die datum trad de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking. Die

creëerde één wettelijk verzekeringsregime voor alle inwoners van Nederland,

waarbij iedereen verplicht is tot het afsluiten van een basisverzekering.

Tot die datum was de situatie heel anders. Een groot deel van de Nederlanders

had toen een verplichte ziekenfondsverzekering. Wie boven de inkomensgrens

hiervoor kwam, moest zich particulier verzekeren.

**Premie betalen**

Als zorgverzekerde betaalt u voor de verplichte basisverzekering via twee

kanalen: door de ‘nominale premie’, en door de ‘inkomensafhankelijke

bijdrage’. De nominale premie is de premie die u zelf direct betaalt aan

uw zorgverzekeraar. Die kunt u op sommige onderdelen zelf meebepalen,

en krijgt daarom in deze gids veel aandacht (hoofdstukken 4 en 5).

Inkomensafhankelijke bijdragen (hoofdstuk 12), waarbij niks te kiezen valt, worden betaald door uw werkgever of ingehouden door uw uitkerings- of

pensioeninstantie; of u betaalt ze, als u als zelfstandige werkt, zelf direct aan

de Belastingdienst.

**Verzekeraars zijn ‘regisseurs’ van de zorg**

Ons zorgstelsel kent een sleutelrol voor de zorgverzekeraars, als ‘regisseurs’

van de zorg. Bij hen ligt de opdracht om, uit naam van hun verzekerden,

zorg in te kopen bij de zorgaanbieders. Ze moeten hierbij zorgen voor een

goede combinatie van prijs en kwaliteit. En ze hebben de verplichting om

continuïteit van zorg te bieden. Dit betekent dat ze voldoende zorgaanbod

voor u moeten inkopen, zodat u niet te maken krijgt met lange wachttijden of

verre reizen. Meer over die regisseursrol leest u in hoofdstuk 16.

**Heel veel regels**

Die regierol voor de zorgverzekeraars, die private ondernemingen zijn, betekent

niet dat de zorg in Nederland compleet aan ‘de markt’ wordt overgelaten. De

kern van ons huidige zorgstelsel is ‘gereguleerde marktwerking’. De overheid ziet

de zorg niet als een markt die je helemaal vrij kunt laten, zoals wél gebeurt in

bijvoorbeeld de telefoniemarkt. Voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars

zijn er strikte regels. Voorbeelden van zaken die de overheid regelt, zijn het:

• bepalen van de precieze pakketinhoud (wat wel en niet wordt ‘gedekt’) van

 de verplichte basisverzekering;

• bewaken van toegankelijkheid tot de zorg, van kwaliteit van de zorg, en het

 bevorderen van concurrentie in de ‘zorgmarkt’;

• handhaven van het verbod voor zorgverzekeraars om in de

 basiszorgverzekering ‘risicoselectie’ toe te passen. Weigeren van ouderen

 en zieke(re)n mag niet, evenmin als aan deze mensen een extra hoge

 premie vragen. Dit omwille van de solidariteit: de zorg moet beschikbaar,

 toegankelijk en betaalbaar zijn voor iedereen;

• bewaken van het financiële kader van de zorguitgaven, om ongewenste

 kostenstijgingen tegen te gaan.

*Solidariteit staat in het stelsel centraal: goede zorg moet beschikbaar en betaalbaar zijn voor iedereen.*

**Toezichthouders**

Ook zijn er officiële toezichthouders, die moeten bewaken dat alle partijen in de

zorg zich aan de overheidsregels houden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg

houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Voor het inhoudelijk

richting geven aan wat goede kwaliteit van zorg is, hebben we Zorginstituut

Nederland.

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) controleert de zorgpartijen op grond

van de Mededingingswet. Bij voorgenomen fusies tussen zorgaanbieders of

zorgverzekeraars wordt altijd vooraf onderzocht of er ook na zo’n fusie voldoende

concurrentie blijft. Ook controleert de ACM of er geen andere verboden

samenwerkingsafspraken worden gemaakt die de concurrentie kunnen schaden.

Dan is er de Autoriteit Financiële Markten (AFM), die onderzoek heeft gedaan naar

de manier waarop zorgverzekeraars hun polissen samenstellen.

Belangrijk is ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Die stelt regels op waaraan

zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich moeten houden, en ziet erop toe dat ze

die naleven.

**Kosten zwaar gestegen**

De uitgaven aan de gezondheidszorg bedragen momenteel, afhankelijk

van de precieze definitie die je hanteert, rond de 12 procent van ons bruto

binnenlands product. Internationaal bezien is dit aan de hogere kant. En in

1975 was dit nog maar 7 procent, maar sinds die tijd is veel veranderd:

• Welvaart: die is fors toegenomen, waardoor het mogelijk werd om relatief

 meer geld uit te geven aan zorg.

• Medische ontwikkelingen: er zijn veel meer mogelijkheden om mensen

 te genezen, ziekten vroeg op te sporen, of mensen ondanks ziekte langer

in leven te houden. Jaarlijks komen er nieuwe behandelmethoden en

 nieuwe (kostbare) geneesmiddelen bij. Kanker is al lang niet meer in alle

 gevallen een dodelijke ziekte. Mensen met diabetes kunnen lang in goede

 gezondheid leven, als ze tenminste de juiste gezondheidsregels volgen.

• Vergrijzing: ook die is sterk toegenomen. Met het klimmen der jaren

 neemt de algemene gezondheidstoestand af, en groeit de kans dat iemand

 meerdere aandoeningen tegelijk heeft.

**Beteugelen zorgkosten**

Omdat de overheid behalve aan zorg ook geld wil kunnen uitgeven voor

scholing, onderwijs, infrastructuur, et cetera, probeert ze de zorguitgaven te

beteugelen. Daarom maakt het ministerie van VWS met de zorgaanbieders

en zorgverzekeraars afspraken over hoeveel de zorgkosten jaarlijks mogen

stijgen. En worden partijen steeds meer gestimuleerd om zo doelmatig

mogelijk zorg te leveren en in te kopen.

Het lijkt erop dat dit beleid vruchten begint af te werpen. Tot 2014 zijn de

zorgkosten in Nederland steeds blijven stijgen, maar sindsdien zijn er tekenen

dat die stijging afzwakt.

Hoofdpunten:

• De basispolis is verplicht, en dekt in principe alle ‘noodzakelijke’ zorg.

• Pakketinhoud ligt vast, is voor iedereen hetzelfde,kunt u zelf niets aan veranderen.

• Maar let op: wel variatie in hoeveelheid vrijheid vankeuze van zorgaanbieders.

**De basisverzekering**

**Iedereen moet wettelijk een basispolis hebben om de kosten te dekken**

**van alle ‘noodzakelijke’ zorg. Wat valt wel en niet onder die basispolis?**

**Hoe wordt dit bepaald, en door wie?**

**Basispolis is wettelijk verplicht**

De wettelijke verplichting om u te verzekeren tegen ziektekosten, is er

alleen voor het ‘basispakket’. Iedereen moet een basispolis hebben, en

zorgverzekeraars mogen zelf ieder voor zich bepalen hoeveel premie ze daar

voor vragen. Gemiddeld kost de basispolis in 2016 net even meer dan 100 euro

per maand. Maar er zijn behoorlijke verschillen tussen verzekeraars onderling,

en tussen varianten van die basispolis (hoofdstuk 5), die in de tientjes kunnen

lopen.

**Basispolis dekt alle ‘onmisbare’ zorg**

Op de inhoud van die basispolis heeft u zelf geen individuele invloed.

De overheid bepaalt wat er in het pakket zit. Om er hiermee voor te zorgen dat

*Premie in 2016 is gemiddeld iets meer dan 100 euro per maand.*

iedereen gelijke toegang heeft tot medische zorg die als ‘onmisbaar’ wordt

gezien. Medische zorg waar iedereen altijd aanspraak op moet kunnen maken,

zonder grote financiële drempel. Zorg waarvan de kosten in individuele

gevallen zo hoog kunnen oplopen, zoals bij ziekenhuiszorg, dat dit risico wel

móet worden gedeeld met een zo groot mogelijke groep van verzekerden.

Vandaar ook dat alle zorgverzekeraars een ‘acceptatieplicht’ hebben: voor

elke variant basispolis (zie ook het eind van dit hoofdstuk) die ze aanbieden,

moeten ze iedereen als verzekerde accepteren. Tegen voor iedereen precies

dezelfde premie, ongeacht bijvoorbeeld leeftijd of gezondheidstoestand.

**Inhoud basispolis**

Wat zit er dan precies in die basispolis? Om de belangrijkste dingen te

noemen:

• de huisarts

• de kosten van medisch specialisten, inclusief de psychiater

• verblijf in het ziekenhuis

• de kosten van geneesmiddelen

• een stuk geboorte- en thuiszorg

• sommige medische hulpmiddelen

• medisch vervoer

• psychologische- en GGz-zorg

Hierover hoeft u zich dus verder geen zorgen te maken: u bent daar

gewoon altijd voor verzekerd. (Afgezien dan van het eigen risico en eigen

bijdragen, zie hoofdstuk 7.)

*Zorg waar iedereen zonder grote financiële drempel toegang tot moet hebben.*

**Basispakket kan wijzigen**

Door de jaren heen is het basispakket steeds aangepast. Dit gebeurt door de

regering, en dan natuurlijk speciaal door de minister van VWS. Er zijn vooral

veel dingen bij gekomen, bijvoorbeeld als gevolg van nieuwe technologie in

ziekenhuizen. Maar soms gaat er ook iets uit. Dan kan veel rumoer ontstaan:

bij de oppositie, bij belangengroepen, en in de media. Denk aan alle commotie

over de verdwijning van de rollator uit het basispakket in 2013. De minister

vond dat dit echt wel kon: zó duur zijn die dingen nou ook weer niet, dat je die

niet uit eigen zak zou kunnen betalen.

In 2016 blijft de inhoud van het basispakket bijna ongewijzigd.

**Zorg die buiten het pakket valt**

Niet alle gezondheidszorg die buiten het basispakket valt, is daarom meteen

ook onbelángrijk. Een goed voorbeeld is tandartsenzorg voor mensen vanaf 18

jaar. Dit zit niet in de basispolis, maar is van grote betekenis voor gezondheid

en welbevinden. En met soms flinke financiële consequenties, zeker voor

mensen met lagere inkomens. Waarom dit zo geregeld is, en of dit eigenlijk

niet anders zou moeten, is een te lang verhaal om hier op in te gaan.

Hetzelfde speelt bij onder andere fysiotherapie, plus nog wat andere vormen

van paramedische zorg. En bij de aanschaf van bril of contactlenzen. Voor

al dit soort zaken kunt u zich wel aanvúllend verzekeren, hierover gaat

hoofdstuk 8.

**Variatie in voorwaarden basispolis**

De inhoud van het basispakket bepaalt voor welke vormen van

gezondheidszorg uw zorgverzekeraar de kosten moet vergoeden. En dat die

verzekeraar u, indien nodig, ook moet helpen bij het daadwerkelijk vinden en

krijgen van die zorg, op een goed niveau van kwaliteit.

Maar één belangrijk ding mogen verzekeraars zelf bepalen: bij welke

zorgaanbieders u terecht kunt voor zorg die zij voor honderd procent

vergoeden. Zoals: bij welke ziekenhuizen precies? Of: bij wie alléén met

toestemming (van de verzekeraar) vooraf? En waar precies: dicht bij huis, of

juist verder weg?

Vandaar dat er toch behoorlijke variatie zit in de precieze voorwaarden van

de basispolis die u kunt kiezen, ook bínnen het aanbod van individuele

verzekeraars. Een heel belangrijk onderscheid is dat tussen een naturapolis en

een restitutiepolis. Bij een naturapolis ‘stuurt’ de verzekeraar u naar specifiek

geselecteerde zorgaanbieders. (Met als extra scherpe variant een budgetpolis.)

Een restitutiepolis laat u veel meer vrijheid in het zelf kiezen voor een arts of

ziekenhuis van uw eigen voorkeur.

Over dit onderwerp gaat het volgende hoofdstuk.

Hoofdpunten:

• Iedereen is verplicht zich te verzekeren voor de basiszorg.

• Wie méér wil, kan zich aanvullend verzekeren.

• Wie zekerheid wil dat de zorgverlener van eigen voorkeur wordt vergoed, kiest een restitutiepolis.

• Bij een naturapolis, combinatiepolis of budgetpolis is er het risico op eigen bijbetalingen.

**5. Soorten en maten in basispolis**

**Wat zijn een naturapolis en een restitutiepolis? Hoe werkt een**

**combinatiepolis? En waarom is een budgetpolis extra goedkoop**?

De komst van een nieuw zorgstelsel, in 2006, maakte een einde aan het

verschil tussen ‘ziekenfonds’ en ‘particulier’. Iedereen is nu verplicht om

een zorgverzekering af te sluiten met daarin één wettelijk vastgelegd, voor

iedereen gelijk basispakket. De inhoud van die basispolis komt in grote lijnen

overeen met het voormalige ziekenfondspakket. Wie een ruimere dekking wil,

kan zich vrijwillig aanvullend verzekeren (hoofdstuk 8), bijvoorbeeld voor de

tandarts, fysiotherapeut of psycholoog.

Bij het basispakket kunt u kiezen uit twee hoofdvarianten: een naturapolis en

een (meestal duurdere) restitutiepolis.

**Naturapolis**

Voor verzekerden met een naturapolis sluit een zorgverzekeraar contracten

af met afzonderlijke, geselecteerde zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen.

Ze moeten dan wel voldoende van die aanbieders contracteren, opdat u

altijd de juiste zorg kunt krijgen als u die nodig hebt. U kunt dan bij alle

zorgaanbieders terecht waarmee uw zorgverzekeraar zo’n contract heeft,

zonder dat u zelf iets bij hoeft te betalen. De verzekeraar betaalt dan ook

rechtstreeks uw hele rekening, dus u hoeft zelf niets voor te schieten.

Maar het kan natuurlijk voorkomen dat u juist naar een zorgaanbieder wilt

waarmee uw zorgverzekeraar géén contract heeft. Een voorbeeld: u hebt

een nieuwe knie nodig. In het ziekenhuis is de wachttijd lang, maar er is een

zelfstandig behandelcentrum (ZBC) waar u sneller terecht kunt. Alleen heeft

uw zorgverzekeraar dit ZBC niet gecontracteerd.

De ingreep kost 8.000 euro, en u moet van de zorgverzekeraar 30 procent

hiervan zelf betalen, dus 2.400 euro. Dat is een fiks bedrag, zeker als u bedenkt

dat u na de ingreep ook nog fysiotherapie nodig heeft, waarvoor u alleen

vergoeding krijgt als u hiervoor een aanvullende verzekering heeft.

Bij dure medische behandelingen kan zo’n bedrag dat u zelf moet betalen nog

veel hoger oplopen, zeker als het gaat om niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg.

Dus heeft u een naturapolis én wilt u niet voor onaangename verrassingen

komen te staan, check dan altijd vooraf bij uw verzekeraar waar precies u wel

of niet moet bijbetalen. Volgens cijfers uit 2014 kreeg in dat jaar 0,5 procent

van de mensen met een naturapolis te maken met een eigen bijbetaling.

Bij spoedeisende zorg hoeft bijbetalen overigens nooit, ongeacht wat voor

polis u heeft. En bijbetalen hoeft evenmin als de zorgverzekeraar onvoldoende

heeft ingekocht (via contracten met zorgaanbieders) van de zorg die een

patiënt nodig heeft. De verzekeraar heeft immers de wettelijke plicht om

voldoende zorg in te kopen. Dus in dat geval kunt u ook naar een nietgecontracteerde

zorgaanbieder gaan. Maar stem ook dit altijd wél met uw verzekeraar af.

*Bij het basispakket zijn er twee hoofdvarianten: naturapolis en restitutiepolis.*

*Vrijheid van zorgaanbiederskeuze maakt het verschil.*

**Restitutiepolis**

De tweede hoofdvariant, de restitutiepolis, is meestal (maar niet altijd)

duurder dan een naturapolis. Bij een restitutiepolis kunt u naar iedere

zorgaanbieder van uw keuze gaan, in de zekerheid dat uw zorgverzekeraar

dit voor 100 procent zal vergoeden. Wél moet die zorgaanbieder dan wettelijk

geregistreerd en bevoegd zijn. Ook moeten diens tarieven ‘marktconform’

zijn, dus sporen met wat in Nederland gangbaar is. Maar verder heeft de

zorgverzekeraar een inspanningsplicht om te garanderen dat u bij iedere

zorgaanbieder terecht kunt.

Helemaal volledige vrijheid garandeert dit niet. Het kan namelijk zijn dat

een ziekenhuis tegen het einde van het jaar door zijn budget heen is voor

de ingreep die u nodig heeft. Dat ziekenhuis kan u dan voorstellen om te

wachten tot begin januari. Maar u kunt ook uw zorgverzekeraar bellen om te

vragen om wachtlijstbemiddeling. Vaak kunt u dan in een ander ziekenhuis

sneller terecht, maar dus wel bij een andere behandelaar dan misschien uw

oorspronkelijke voorkeur was.

Bij een restitutiepolis kan het gebeuren dat u eerst zelf een medische

rekening moet voorschieten, om die daarna bij de zorgverzekeraar in te

dienen. De verzekeraar betaalt u dan het bedrag terug. Maar soms heeft uw

zorgverzekeraar zelf al met een zorgaanbieder afspraken over de betaling.

**Combinatiepolis**

De meeste zorgverzekeraars bieden een keuze uit natura- en

restitutiepolissen. Sommige hebben alleen restitutiepolissen. En er zijn er

die een mengvorm aanbieden: een combinatiepolis. U heeft dan bij sommige

vormen van zorg altijd recht op vergoeding van alle kosten, maar bij andere

vormen op soms maar een deel van de kosten. U krijgt bijvoorbeeld de kosten

van een ziekenhuisbezoek altijd voor honderd procent vergoed, maar u moet

bijbetalen bij diëtisten of fysiotherapeuten met wie de verzekeraar geen

contract heeft.

**Budgetpolissen**

Sommige zorgverzekeraars bieden een éxtra goedkope variant van de naturapolis

aan. Die is in de volksmond ‘budgetpolis’ gaan heten, en kan soms alleen

via het internet worden afgesloten. Het prijsverschil met een gewone naturapolis

kan, uitgaand van de laatste gegevens (dus de polispremies van 2015)

oplopen tot meer dan 15 euro per maand, en het verschil met een restitutiepolis

tot meer dan 25 euro per maand. Maar met zo’n budgetpolis heeft u dus

een extra verminderde keuzevrijheid in behandelaars. Op dit moment hebben

zo’n 600.000 volwassenen een budgetpolis. In 2014 kreeg 4 procent van hen te

maken met eigen bijbetaling, van gemiddeld 450 euro per keer.

*‘Budgetpolissen’ zijn nog eens extra goedkoop.*

**Verschillen tussen budgetpolissen**

De budgetpolissen die in 2015 in de markt zijn, vindt u bij labels (zie hoofdstuk

17) van Menzis, VGZ, CZ, Zilveren Kruis Achmea en Univé. Onderling verschillen ze allemaal.

Vaak worden ook met een budgetpolis in de meeste ziekenhuizen de kosten

die u daar voor zorg maakt voor 100 procent vergoed. Met alleen voor een paar

specifieke aandoeningen een uitzondering: hiervoor kunt u alleen terecht in

een beperkte selectie ziekenhuizen (als u tenminste niet wilt bijbetalen).

Er is ook een budgetpolis die alleen behandelingen volledig vergoedt in

31 geselecteerde ziekenhuizen; en er is er een waarbij u in slechts 18

ziekenhuizen alle kosten vergoed krijgt.

Er zijn ook budgetpolissen waarbij herhaalrecepten voor geneesmiddelen

of hulpmiddelen (bij bijvoorbeeld diabetes of incontinentie) alleen

volledig vergoed worden als u die afneemt bij een gecontracteerde onlinedienstverlener.

Bij weer andere budgetpolissen kunt u alleen terecht bij een beperkt aantal

fysiotherapeuten of apotheken. Nog weer een andere variant vergoedt maar

een deel van niet-gecontracteerde GGz-behandelingen (bijvoorbeeld bij een

psycholoog).

Voor de duidelijkheid: dit zijn de polisvoorwaarden van 2015.

De zorgverzekeraars moeten hun polissen voor het jaar 2016 uiterlijk op

19 november bekendmaken.

**Zorgplicht niet in het geding**

In juni 2015 bracht de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verslag uit van

onderzoek naar zeventien polissen die als budgetpolis kunnen worden

bestempeld. Zeven van deze polissen vergoeden minder dan 75 procent voor

niet-gecontracteerde zorg, zes vergoeden 75 procent, en vier vergoeden meer

dan 75 procent.

De conclusie van de NZa was dat de zorgplicht bij de aanbieders van deze

polissen niet in het geding is. De zorg die deze verzekeraars ‘selectief

contracteren’, betreft medisch specialistische zorg, hulpmiddelen,

verbandmiddelen, herhaalmedicatie en een paar specifieke vormen van

geestelijke gezondheidszorg. Alleen bij gecontracteerde aanbieders worden

deze kosten voor honderd procent vergoed. Maar er waren geen aanwijzingen

dat die gecontracteerde zorg van minder goede kwaliteit was dan nietgecontracteerde

zorg. Ook de toegang tot academische ziekenhuizen en

‘topklinische’ ziekenhuizen blijkt bij deze budgetpolissen goed geregeld.

Wel is het bij vijf budgetpolissen zo, dat verzekerden voor herhaalmedicatie

naar een andere apotheek moeten dan die voor de eerste uitgifte. Dit kán

nadelige gevolgen hebben voor de medicatiebewaking.

Overigens stelt de NZa ook vast, dat er geen sluitende definitie is die zegt

wanneer een basispolis nou wel of juist niet een budgetpolis genoemd kan

worden. De NZa wijst wel op een paar kenmerken die bij ‘budgetpolissen’

in het spel zijn: selectieve contractering van zorgaanbieders; een relatief

lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg; de verplichting om

geneesmiddelen en/of hulpmiddelen online te bestellen bij specifieke

aanbieders; en de verplichting voor verzekerden om declaraties en andere

administratieve zaken online te regelen.

**In geval van spoed**

Bij wet is bepaald dat u voor een spoedbehandeling of -opname overal terecht

moet kunnen. Moet u daarvoor naar een ziekenhuis, dan telt vóór alles de

snelheid van handelen. U moet dan niet hoeven nadenken over de vergoeding.

Ook bij een budgetpolis is dit zo. Maar houd er wel rekening mee dat u ná die

eerste spoedafhandeling, voor de eventuele vervolgbehandeling misschien

moet verhuizen naar een ander ziekenhuis. Tenzij u zelf wilt bijbetalen.

**Rekenwerk**

De eigen bijbetaling voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg kan bij

budgetpolissen oplopen tot wel 25, 30, 40 of zelfs 50 procent. Er is ook

een budgetpolis die hierbij een maximum van 500 euro hanteert.

Er zijn ook budgetpolissen met een beperkte keuze in de hoogte van een

vrijwillig eigen risico (hoofdstuk 7). U kunt dan alleen kiezen tussen óf alleen

het verplichte eigen risico, óf meteen daarbovenop het maximale vrijwillige

eigen risico van 500 euro per jaar. Met geen stappen daartussenin.

Kiezen voor een budgetpolis vraagt om een zorgvuldige afweging.

Twee dingen zijn vooral van belang. Heeft u voldoende geld achter de hand

om bij onverwachte en onverhoopt hoge zorguitgaven zelf een deel van de

rekening te betalen? En bent u bereid bent om een stuk te reizen als het

gaat om zorg, zoals een knie- of heupoperatie, die niet onmíddellijk hoeft

te worden geleverd? (In medische taal heet dat ‘planbare zorg’.)

Hoofdpunten:

• ‘Vrije artsenkeuze’-discussie van de baan.

• Meer focus op de kwaliteit van zorg.

• Nieuwe ideeën om kosten te beteugelen.

• Niet-gecontracteerde zorg minimaal 75 tot 80 procent vergoed.

• Invoering nog niet in 2016.

**6. Nieuwe plannen van de minister**

**Hoe vrij blijft de artsenkeuze?**

In december 2014 viel, in de Eerste Kamer, bijna ons kabinet. De Tweede Kamer

had eerder al ingestemd met een verandering in de Zorgverzekeringswet, die

overigens pas effect zou hebben met ingang van 2016. Die verandering zou

betekenen dat u bij sommige vormen van de basispolis helemaal niets meer

vergoed zou krijgen als u voor behandeling naar een ziekenhuis zou gaan

waarmee uw zorgverzekeraar geen contract heeft.

Maar de Eerste Kamer verwierp dit wetsvoorstel. In de volksmond werd deze

zaak bekend als de discussie over de (inperking van de) vrije artsenkeuze.

Hier volgt kort wat informatie over hoe dit precies zat, en over hoe het volgens

minister Edith Schippers van VWS nu verder moet.

*De minister blijft zoeken naar manieren om lonend te maken dat wordt gekozen voor zorg*

*van de beste kwaliteit.*

**Discussie van tafel, nieuwe plannen**

De discussie waardoor de Eerste Kamer een streep haalde, ging over artikel

13 van de Zorgverzekeringswet. Dit artikel gaat over de eigen bijbetaling die

u doet als u met een naturapolis (of combinatiepolis, of budgetpolis) naar

een zorgaanbieder gaat die geen contract heeft met uw zorgverzekeraar.

Die bijbetaling, zegt artikel 13, mag niet onredelijk hoog zijn. Het mag niet overdreven kostbaar voor u worden om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

De minister wilde dit wetsartikel zodanig veranderen, dat zorgverzekeraars bij

een naturapolis (of combinatie- of budgetpolis) helemaal zelf mochten gaan

bepalen welk percentage van niet-gecontracteerde zorg ze zouden vergoeden.

Dit zou dan 50 procent kunnen zijn, maar ook helemaal niets. Dit ging de

Eerste Kamer dus te ver.

Minister Schippers legt zich hierbij neer, maar blijft intussen wél vasthouden

aan de achterliggende doelstelling van die wetsaanpassing. Die doelstelling

was om de zorg in Nederland beter en goedkoper te maken, door verzekerden

te stimuleren om vooral gebruik te maken van zorgaanbieders die door

verzekeraars op kwaliteit (en kosten) zijn geselecteerd.

**Hoofdpunten**

Intussen heeft de minister de hoofdpunten van een nieuwe aanpak

bekendgemaakt. De belangrijkste zijn:

• Zorgverzekeraars krijgen, van het ministerie van VWS, compensatie voor

 ouderen en chronisch zieken. De minister hoopt zo te stimuleren dat

 verzekeraars meer interesse krijgen om ook mensen uit deze groepen voor

 de basisverzekering als klant te krijgen. (Meer hierover in hoofdstuk 14.)

 In plaats van dat verzekeraars zich vooral richten op financieel

 ‘aantrekkelijke’ groepen met gemiddeld lagere zorgkosten, zoals

 jongeren en hoger opgeleiden. Een effect hiervan zou dan verder zijn, dat

 verzekeraars nu serieus werk gaan maken van het inkopen van goede zorg

speciaal voor ouderen en chronisch zieken. Wat weer zal leiden tot betere

kwaliteit zorg en lagere kosten. (Meer hierover in hoofdstuk 16)

• Zorgaanbieders worden financieel aangemoedigd met zorgverzekeraars

 contracten af te sluiten, over kosten en kwaliteit.

• Ziekenhuizen mogen met zorgverzekeraars ook meerjarencontracten gaan

 afsluiten. Dit geeft ze meer financiële zekerheid voor investeringen in

 vernieuwing.

• Zorgverzekeraars krijgen (toch wat) meer mogelijkheden om hun

 verzekerden aan te sporen om gebruik te maken van gecontracteerde

 zorgaanbieders. Bijvoorbeeld door een korting op het eigen risico.

• Maar die mogelijkheden worden aan de andere kant ook gelimiteerd:

 zorgverzekeraars moeten bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders een zo

 groot deel van de zorgkosten betalen dat de verzekerde niet onredelijk

 wordt benadeeld door de eigen bijbetaling.

• Zorgaanbieders moeten zo snel mogelijk informatie openbaar maken over

 de kwaliteit van de zorg die zij leveren bij de dertig meest voorkomende

 aandoeningen. Verzekeraars mogen dan voor deze dertig ziekten alleen nog

 zorg inkopen op basis van vastgelegde kwaliteitseisen.

De kern van deze voorstellen is dus dat de minister afziet van een

wetsvoorstel om de vrije artsenkeuze af te schaffen. De ideeën waarmee ze

nu komt, moeten het voor patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders via

andere wegen lonend maken om te kiezen voor de kwalitatief beste zorg.

De plannen van de minister moeten overigens nog door de Tweede Kamer

worden behandeld. Ze hebben dus geen betrekking op de polisvoorwaarden

voor 2016.

Hoofdpunten:

• In 2016 verplicht eigen risico van 385 euro.

• Vrijwillig eigen risico tot maximaal 500 euro daarbovenop.

• Eigen risico’s niet verwarren met eigen bijdragen.

**7. Eigen risico**

**Wat is dat? Voor wie geldt dat, en hoe hoog is het? Welke soorten zijn**

**er, en is een (hoog) vrijwillig eigen risico wel verstandig? En wat is het**

**verschil met eigen bijdragen?**

**Eigen risico wordt 385 euro**

Iedere Nederlander is verplicht een basiszorgverzekering af te sluiten. Hieruit

vergoedt uw zorgverzekeraar de zorgkosten die u maakt. Maar die vergoeding

begint pas nadát u eerst zelf het ‘verplichte eigen risico’ heeft betaald. In 2015

was dit 375 euro per jaar, in 2016 wordt dat 385 euro.

Dit eigen risico geldt niet voor alle zorg uit de basisverzekering. Wel voor

medisch specialistische zorg, en voor geneesmiddelen. Maar niet voor

bezoek aan de huisarts, of voor verloskundige zorg en kraamzorg. Ook bij de

wijkverpleegkundige is het niet van toepassing. Ook wie jonger is dan 18 jaar,

is vrijgesteld. En er zijn nog meer uitzonderingen, maar die zijn te specifiek

om er hier op in te gaan. Uw zorgverzekeraar kan u hierover informeren.

Als u kosten maakt die binnen het eigen risico vallen, krijgt u van uw

zorgverzekeraar een rekening. Of, als u die rekening eerst al zelf bij de

zorgaanbieder heeft voldaan, zal uw verzekeraar die niet vergoeden. Overigens

Eigen risico kunt u op de website van uw zorgverzekeraar, in uw eigen, ‘gepersonaliseerde’

omgeving (‘mijn …’), het hele jaar door inzien hoeveel eigen risico er nog

over is. Ook bieden verzekeraars mogelijkheden om eigen risico gespreid te

betalen.

**Hoger risico, lagere premie**

Naast het wettelijk verplichte eigen risico voor iedereen, is er ook nog de extra

mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico. U kunt zelf kiezen of u hiervan

gebruik wilt maken. Sommige mensen vinden dit de moeite waard, omdat

de zorgverzekeraar in ruil hiervoor een korting geeft op de premie voor de

basisverzekering. Hoe hoog die korting uitvalt, hangt af van de hoogte van het

vrijwillig eigen risico waarvoor u kiest. Die keuze loopt op in stappen van 100

euro extra eigen risico per jaar, tot maximaal 500 euro. (Maar verzekeraars zijn

niet verplicht om alle afzonderlijke stappen te bieden.)

Samen met het verplichte eigen risico, kon u dus voor 2015 voor een totaal

eigen risico van 875 euro kiezen (500 + 375), en in 2016 wordt dat 885 euro

(500 + 385). In ruil voor dat hogere eigen risico, krijgt u premiekorting.

Hoeveel korting precies, verschilt per zorgverzekeraar. Maar in ieder geval

is die korting in euro’s wél minder, op jaarbasis, dan het bedrag van de

bijbehorende risicoverhoging. Voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro

bedroeg in 2015 de gemiddelde korting 236 euro.

U moet hier dus een financiële afweging maken. Aan de ene kant een

premiekorting - maar met daar tegenover de kans op extra zorgkosten,

die u zelf moet betalen en die hoger zijn dan die premiekorting.

Waar een vrijwillig extra eigen risico van 500 euro bij de ene zorgverzekeraar

een premieverlaging van 180 euro per jaar oplevert, kan dit bij een andere

wel 300 euro zijn. Het vergt dus wat uitzoekwerk om hier de juiste keuze te

maken.

**Vrijwillig eigen risico: onverantwoorde gok?**

Bent u gezond en verwacht u niet eens het verplichte eigen risico ‘op te

maken’? Dan kan het interessant zijn om een (hoog) vrijwillig eigen risico te

nemen en dus die premiekorting te pakken. Maar niemand weet van tevoren

met zekerheid wanneer hij ziek wordt, of bij een ongeval betrokken raakt.

Is dan behandeling nodig, of moet u serieus medicijnen gaan gebruiken,

dan lopen de zorgkosten al gauw op tot minstens (vele) honderden euro’s.

Dit betekent niet dat het een onverantwoorde gok is om een hoog vrijwillig

eigen risico te nemen. Maar u moet er zeker van zijn dat u een onverwachte zorgkostenrekening kunt betalen zonder hierdoor in financiëleproblemen te komen.

*Een hoog vrijwillig eigen risico kan interessant zijn voor wie weinig medische kosten verwacht én een onverwachte financiële tegenvaller kan opvangen.*

**Compensatie**

Tot en met 2013 kregen mensen in bepaalde gevallen van de rijksoverheid een

compensatie voor de kosten van het verplichte eigen risico. Die compensatie

wordt sinds 2014 niet meer uitgekeerd. Wel zijn er gemeenten die een nieuwe

regeling bieden, voor mensen met een laag inkomen en veel zorgkosten. Dit

verschilt nogal per afzonderlijke gemeente. Voor informatie hierover kunt u

contact opnemen met uw eigen gemeente.

**Eigen risico aanpassen**

Wilt u uw vrijwillig eigen risico aanpassen? Dit kan eenmaal per jaar, net als

het kiezen van een nieuwe zorgverzekering. Als u de aanpassing uiterlijk

31 december 2015 doorgeeft aan uw zorgverzekeraar, gaat die per 1 januari 2016

in.

**Eigen bijdrage**

Tot slot: het eigen risico moet niet worden verward met een eigen bijdrage.

Een eigen bijdrage is een gedeelte van de zorgkosten dat u zelf moet betalen.

De hoogte hiervan is voor iedereen hetzelfde en is wettelijk bepaald. Voor

kraamzorg thuis is het in 2016 bijvoorbeeld 4,20 euro per uur. Voor ‘zittend

ziekenvervoer’ (dus: niet per ambulance) is het maximaal 98 euro per persoon

per kalenderjaar. De bijdrage geldt verder onder andere voor hulpmiddelen,

poliklinische bevalling zonder medische indicatie, tandheelkundige zorg op

medische indicatie, en sommige geneesmiddelen. Sommige zorgverzekeraars

bieden in hun aanvullende verzekeringen een vergoeding voor bepaalde eigen

bijdragen.

Hoofdpunten:

• U kunt zich voor van alles aanvullend verzekeren.

• Lang niet altijd is dit nodig.

• Altijd zorgvuldig afwegen.

• Géén acceptatieplicht voor verzekeraars...

• … maar versoepeling lijkt op komst.

**8. Aanvullend verzekeren**

**Wat is het verschil tussen een (vrijwillige) aanvullende verzekering en**

**de verplichte basispolis? Wat kunt u van zo’n aanvullende polis verwachten?**

**En hoe maakt u een goede afweging van voors en tegens?**

**Persoonlijke afweging**

Of u zich wel of niet aanvullend wilt verzekeren bovenop het verplichte

basispakket, bijvoorbeeld voor de tandarts, de fysiotherapeut, of de

psycholoog, is een zaak van persoonlijke afweging. Wat kost dit aan premie?

En hoe groot is de kans dat u ook echt gebruikmaakt van de zorg die hiermee

verzekerd is? Hierover zo direct meer, maar eerst een paar dingen vooraf.

**Geen acceptatieplicht**

Verzekeraars hebben bij aanvullende verzekeringen géén acceptatieplicht, zoals

die voor het basispakket wel geldt. Als verzekeraars vinden dat u een ‘te slecht

risico’ bent, dan kunnen ze u voor een aanvullende verzekering weigeren of

een hogere premie vragen. Bijvoorbeeld vanwege de slechte toestand van uw

gebit, of als u (hoofdstuk 14) een chronische aandoening heeft. Ook kunnen ze,

anders dan bij de basispolis, een hogere premie vragen naarmate u ouder bent.

Heeft u al een aanvullende verzekering, dan moet u dus wel even goed

nadenken voordat u die opzegt. Als u later van gedachten verandert en weer

‘terug’ wilt naar de oude polis, kan het zijn dat dit dan niet meer lukt. En als

u voor een aanvullende polis van zorgverzekeraar wilt veranderen, zeg dan uw

huidige polis pas op nadát u elders een nieuwe heeft kunnen afsluiten.

**Basispolis en aanvullende polis gescheiden?**

U hoeft de basisverzekering en de aanvullende verzekering niet bij dezelfde

verzekeraar te hebben. U kunt bijvoorbeeld voor de basispolis een nieuwe

verzekeraar nemen, maar voor de aanvullende polis bij uw oude verzekeraar

blijven. Dat kan een optie zijn als een nieuwe verzekeraar u niet accepteert

voor de aanvullende polis, of alleen tegen slechtere voorwaarden. Maar dan

moet u wel op een paar dingen letten.

Uw ‘oude’ verzekeraar mag uw aanvullende polissen dan niet opzeggen.

Maar hij mag wél een opslag in rekening brengen op uw premies daarvoor.

Soms tot wel 50 procent of zelfs nog meer. Zodat u zich dan opnieuw moet

afvragen: is dit zo nog wel het geld waard?

Als u zowel uw basispolis als uw aanvullende verzekeringen bij dezelfde

verzekeraar heeft afgesloten, dan zijn die vaak ook direct op elkaar afgestemd.

Dit betekent dat ook vergoedingen in het verlengde van elkaar liggen. Maar

als er twee verschillende verzekeraars in het spel zijn, geeft dit altijd veel

administratief gedoe.

*Ingewikkeld wordt het als u voor de basispolis een nieuwe verzekeraar neemt, maar voor*

*een aanvullende polis bij uw oude wilt blijven.*

**Tientjes per maand**

Ruim vier op de vijf mensen hebben een of meer aanvullende polissen. Wel

zijn ze de afgelopen jaren geleidelijk wat minder populair geworden. De

premies zijn soms best stevig. Voor tandzorg of fysiotherapie al gauw een

paar tientjes per maand. En de vergoedingen zijn gelimiteerd. Soms zijn er

eigen bijdragen, van bijvoorbeeld 25 procent op iedere rekening. En vaak is er

een maximum aan het bedrag, of aan het aantal behandelingen, dat per jaar

wordt vergoed. U kunt daarom óók besluiten, om geen aanvullende polis te

nemen, maar zelf een soort spaarpot te maken voor jaren met tijdelijk wat

extra kosten. Bijvoorbeeld gezien de verwachte behoefte aan tandartszorg.

**Tandartszorg**

Dat juist het voorbeeld van de tandarts hier zo veel wordt genoemd, is niet

zonder reden. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der

Tandheelkunde (KNMT), de grootste beroepsvereniging van tandartsen, heeft

de afgelopen jaren meermalen verklaard dat je voor tandartszorg beter géén

aanvullende verzekering kunt afsluiten. Volgens de KNMT zijn de gemiddelde

kosten die mensen per jaar bij de tandarts hebben immers lager dan de

jaarpremie van een doorsnee tandzorgpolis.

Diezelfde KNMT kwam daarop met een soort van eigen, veel goedkopere

variant van tandzorgpolis (www.ixorg.nl). Maar die dekt dan ook maar heel

weinig zaken. De polis focust vooral op de zorg bij ‘calamiteiten’, zoals

een ongeval met ernstige schade aan het gebit; en is niet bedoeld voor de

gangbare vormen van tandzorg waar mensen vooral mee te maken krijgen.

Overigens is juist die tandzorg-bij-calamiteiten bij sommige verzekeraars weer

apart aanvullend verzekerd van gewone tandzorg.

Blijft het feit dat voor verzekerden ouder dan 18 jaar, de basispolis alleen in

uitzonderlijke gevallen, met zware ‘medische’ indicatie, voorziet in vergoeding

van tandartskosten. Dus de kosten van uw reguliere controles, vullingen,

kronen en bruggen zult u bijna altijd helemaal zelf moeten betalen. Tenzij u

zich aanvullend verzekert.

Soms maakt ook orthodontie deel uit van de aanvullende tandartsverzekering,

waarbij kinderen soms gratis zijn meeverzekerd (hoofdstuk 13).

*De grootste beroepsvereniging van tandartsen adviseerde tégen aanvullend verzekeren.*

**Fysiotherapie**

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) vindt

het wél verstandig als mensen zich aanvullend verzekeren. Ook voor

fysiotherapie, die andere van de ‘grote twee’ bij de aanvullende verzekeringen,

biedt de basispolis geen dekking, behalve voor chronische fysiotherapie.

Bijvoorbeeld bij de nasleep van een knieoperatie kunt u dus ineens voor hoge

kosten komen te staan. Vandaar dat er aanvullende polissen bestaan, voor

bijvoorbeeld 24 of 36 fysiotherapiebehandelingen per jaar. (Dat laatste varieert

sterk per verzekeraar.)

**Kern-gezond**

De Nederlandse zorgverzekeraars, verenigd in brancheorganisatie Zorgverzekeraars

Nederland (ZN), hebben voorjaar 2015 aangekondigd dat ze

het af- en oversluiten van aanvullende verzekeringen op een aantal punten

makkelijker gaan maken. In een actieplan met als titel Kern-gezond staan

onder meer de volgende twee passages:

“Zorgverzekeraars streven - binnen het totale pakket aan aangeboden

verzekeringen - naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met

een brede dekking zonder toelatingseisen. Tandartsverzekeringen, waar in

sprake is van antiselectie en anticiperend gedrag, zijn hiervan uitgezonderd.”

En: ”Zorgverzekeraars hanteren het uitgangspunt dat een aspirant verzekerde

zonder acceptatievoorwaarden toegang heeft tot de aanvullende verzekering,

indien de verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare

aanvullende verzekering heeft afgesloten.”

Wat dit nou allemaal precíes gaat betekenen, en per wanneer, kan nu nog

niet worden gezegd. Versoepeling van voorwaarden lijkt op een aantal punten

op komst. Maar niet op álle punten. En voorlopig blijft daarom het advies,

vooral voor wie van verzekeraar wil veranderen én al een of meer aanvullende

verzekeringen heeft: bekijk eerst goed alle voorwaarden en details; en zeg niet

zo maar een aanvullende verzekering op, voordat u zeker weet of en hoe u die

desgewenst elders kunt voortzetten.

**Speciaal geval: buitenland**

Het is altijd goed om de afweging te blijven maken of de relatief bescheiden

risicovermindering van een aanvullende polis wel het extra premiegeld waard

is. U moet dus zo goed mogelijk inschatten hoe groot de kans is dat u juist

weinig of géén gebruik van die polis zult maken. En kijk en vergelijk goed de

polissen van afzonderlijke zorgverzekeraars, en aarzel niet om naar naadjes

van de kous te vragen. Maar houd hierbij de hoofdpunten uit dit hoofdstuk in

het achterhoofd.

Tot slot: lees in hoofdstuk 15 over de vergoeding van zorgkosten die u in het

buitenland maakt. De praktijk leert dat die vergoeding vaak lager is dan veel

mensen denken. Dit kan leiden tot flinke financiële tegenvallers. Ook op dit

punt kunt u zich aanvullend verzekeren, en het kan zeker de moeite lonen om

hier goed naar te kijken.

Hoofdpunten:

• Tot maximaal 10% korting op de basispolis.

• Soms ook korting bij aanvullende polissen.

• 7 van de 10 verzekerden zit al bij een collectiviteit.

• Gemiddeld hoogste korting bij werkgeverscollectiviteiten.

• Kijk niet alleen naar korting, maar ook naar de pakketinhoud.

**9. Collectiviteiten**

**Wat zijn dat precies? Wat voor soorten heb je? En hoe hoog is de**

**premiekorting die ze voor u binnenhalen?**

**Geen onderscheid in premie basispolis**

Zorgverzekeraars mogen geen onderscheid maken in de premie die ze voor

een basispolis vragen. Bijvoorbeeld door die hoger te maken voor mensen

die ouder zijn of chronisch ziek. Ze mogen wel verschil in premie maken

per specifieke variant basispolis (per ‘modelpolis’). Bijvoorbeeld door een

restitutiepolis duurder te maken dan een naturapolis (hoofdstuk 5). Maar per

afzonderlijke variant polis moeten ze dan weer iedereen voor precies dezelfde

premie accepteren. Met één uitzondering.

**Korting voor georganiseerde groepen**

Verzekeraars mogen wél korting op de basispolis geven, tot maximaal

10 procent, aan ‘collectiviteiten’. Oftewel: georganiseerde groepen van

verzekerden. De idee hierachter is dat bij het vrij functioneren van de

zorgverzekeringsmarkt, wat de overheid graag ziet, ook een mogelijkheid

hoort tot kwantumkorting, en tot uitoefenen van georganiseerde

inkoopmacht. Dus kunt u zich met korting verzekeren, vaak ook voor

aanvullende polissen, als u dit doet via bijvoorbeeld:

• een belangenorganisatie (zoals een ouderenbond of een vakbond)

• een patiëntenvereniging

• uw werkgever

Het voordeel kan alleen al bij de basispolis in theorie oplopen tot 100 euro

per jaar. Het hoeft dus niet te verbazen dat sinds de nieuwe Zorgverzekeringswet

van kracht werd, het percentage via-een-collectiviteit-verzekerden sterk

is gestegen. Van 29 procent van alle zorgverzekerden in 2005 tot 69 procent

in 2015.

**Check uw ‘collectiviteits-status’**

Dus bent u, als u toch nog hoort bij die 31 procent ‘individueel verzekerden’,

een dief van uw eigen portemonnee? Misschien wel, maar met wel deze

kanttekeningen.

Ten eerste: weet u wel honderd procent zeker dát u op dit moment niet

via een collectiviteit bent verzekerd? Hoe zit dit precies bij uw werkgever?

Of bij een ex-werkgever waar u vooralsnog, misschien voor het gemak, in

de zorgverzekering bent gebleven? Of is dan uw korting misschien al wél

opgeheven? Het kan daarom nooit kwaad om bij uw huidige verzekeraar

even te informeren naar uw ‘collectiviteits-status’, en eventueel naar

mogelijkheden voor het krijgen van (extra) korting.

**Hoe vind ik een collectieve verzekering?**

Als u nog niet bij een collectiviteit hoort en ook ‘nergens lid van bent’, dan zijn

er toch nog opties om bij een collectieve verzekering te komen:

• Ga na of u onvermoed toch hoort bij iets dat als collectiviteit opereert, al

 was het maar uw sportvereniging.

• Zoek organisaties, want die zijn er, die verder geen ander doel hebben dan

 het bedingen van een collectiviteitskorting op de zorgverzekering.

• Sluit uw verzekering af via vergelijkingssites. Ook zij functioneren als een

 collectiviteit, en op hun sites staat ook per verzekeraar precies aangegeven

 hoeveel de premiekorting is op de basispolis (en vaak ook op aanvullende

 zorgverzekeringen). Meer over vergelijkingssites leest u in het volgende

 hoofdstuk.

• Voor mensen met een laag inkomen bieden veel gemeenten een speciale

 collectieve zorgverzekering aan; meer informatie, over de voordelen hiervan

 en over welke gemeenten dit precies zijn, vindt u op www.gezondverzekerd.nl.

*Er zijn allerlei soorten collectiviteiten; vaak kunt u uit meerdere opties kiezen.*

**Dalend kortingspercentage**

Achter die stijging van het percentage collectief verzekerden, gaan wel een

paar verschuivingen schuil. Het verschil in de basispremie die collectief

verzekerden en individueel verzekerden betalen, schommelde in de periode

2009-2013 steeds tussen 5 en 6 procent. Maar in 2014 was dit nog maar

4,6 procent - een stuk minder dus dan die maximaal 10 procent collectieve

premiekorting die wettelijk is toegestaan.

De ene soort collectiviteit is bovendien de andere niet, ook niet als het gaat

om de hoogte van de binnengehaalde korting. Die was in 2013 gemiddeld

72 euro per jaar. Maar bij een onderscheid tussen 1) werkgeverscollectiviteiten,

2) patiëntencollectiviteiten, en 3) ‘overige collectiviteiten’ (zoals vakbonden,

andere verenigingen dan patiëntenverenigingen), blijken aanzienlijke

verschillen. Bij werkgeverscollectiviteiten was de korting gemiddeld 81 euro,

bij patiëntencollectiviteiten 57 euro, en bij de categorie ‘overig’ 62 euro.

In datzelfde jaar 2013 zat iets meer dan de helft van alle collectief verzekerden,

namelijk 6,1 miljoen, bij een werkgeverscollectief. Via ‘overige collectiviteiten’

waren 5,2 miljoen mensen verzekerd. (En via patiëntenverenigingen maar een

heel beperkt aantal.)

*In de praktijk zijn collectiviteitskortingen vaak minder dan de maximale 10 procent.*

**Eerst inhoud, dan prijs polis**

Tot slot nog dit: korting via een collectiviteit kán voordelig zijn. Maar het

is natuurlijk niet de enige manier waarop de premie voor uw basispolis kan

variëren. Er zijn ook verschillen tussen specifieke varianten van polissen. En er

zijn verschillen, ook bij verder gelijke voorwaarden, tussen een polis bij de ene

zorgverzekeraar en dezelfde polis bij een andere.

Wel of niet kiezen voor korting via een collectiviteit, is dus altijd maar één

van de mogelijkheden die u onderling moet afwegen. Want een polis met

korting bij verzekeraar X, kán zelfs duurder zijn dan een vergelijkbare polis

zonder korting bij verzekeraar Y. Er zijn polissen in de markt waarbij helemaal

geen collectieve korting mogelijk is, en die soms vanzelf al relatief scherp zijn

geprijsd. En er is zelfs een verzekeraar (DSW) die mordicus tégen collectieve

korting is.

Bepaal daarom altijd eerst wat voor polis u precies wilt. En ga pas dan op zoek

naar het voor u meest passende aanbod, al dan niet via een collectiviteit.

Hoofdpunten:

• Vier van de tien mensen gebruikt ze.

• In principe ‘nuttig middel’.

• Sommige dingen kunnen nog beter.

**10. Vergelijkingssites**

**Zeker voor de grootste vijf geldt: ze zijn nuttig en betrouwbaar.**

**Maar perfect werken ze nog niet.**

Het aantal polissen alleen al voor de basisverzekering, van alle zorgverzekeraars

tezamen, dreigt uit de hand te lopen. In 2010 waren dat er al 52, in

2015 zijn het er 71. Veel mensen ervaren dit als een probleem. Ze zien door

de bomen het bos niet meer, en laten zich hierdoor ook ontmoedigen: te

ingewikkeld om allemaal te bekijken, kost te veel tijd en moeite.

Dit is ook een van de oorzaken van het relatief lage percentage verzekerden

dat aan het eind van ieder jaar van polis wisselt: niet meer dan zo’n

6 procent. Minister Schippers ziet graag dat dit omhoog zou gaan: dat de

markt voor zorgpolissen beter gaat functioneren, en transparanter wordt.

Ze heeft daarom op de zorgverzekeraars een beroep gedaan om het aantal

verschillende basispolissen waaruit mensen kunnen kiezen, terug te brengen.

**Kritische vragen**

Om toch door die vele bomen het bos te kunnen zien, maken veel mensen

gebruik van vergelijkingssites. Daar kunt u polissen zoeken en (laten)

vergelijken, toegespitst op uw persoonlijke situatie en voorkeur. En kunt u

ook, als eenmaal een keus is gemaakt, op diezelfde vergelijkingssite meteen

die polis daadwerkelijk afsluiten.

Soms worden vergelijkingssites ook wel ‘zorgvergelijkers’ genoemd, maar

dat is een misleidende term: niet zorg als zodanig wordt vergeleken, alleen

zorgpolissen. Vier van de tien Nederlanders zoekt zijn zorgpolis via zo’n

vergelijkingssite (die soms niet alleen zorgverzekeringen vergelijkt, maar

ook andere soorten verzekering). Bekende namen, van de vijf grootste, zijn

Independer, Pricewise, Consumentenbond, hoyhoy en ZorgKiezer.

Die prominente rol van de vergelijkingssites zorgt ervoor dat er ook kritische

vragen worden gesteld, zowel in de media als vanuit het overheidsbeleid.

Veel mensen zullen intussen wel weten dat die sites soms ‘aan u verdienen’

als u daar ook meteen een polis afsluit, als ze van een door u gekozen

zorgverzekeraar een provisie krijgen. Die provisie wordt gebruikt om de kosten

van bouw en onderhoud van de site te betalen. Soms ook gebeurt dit uit

reclameboodschappen.

Maar zijn de uitkomsten van die vergelijkingen dus wel eerlijk en onafhankelijk?

En wat te denken van het feit dat een vergelijkingsreus als Independer

voor een groot deel eigendom is van verzekeringsreus Achmea? Amper 44

procent van alle Nederlanders vindt dat vergelijkingssites betrouwbaar zijn.

**‘In belang van de klant’**

Daarom heeft de Autoriteit Financiële Markten (AFM) onderzoek gedaan naar

het functioneren van vergelijkingssites, en hierover eind 2014 gerapporteerd.

Ook is minister Schippers over dit onderwerp in overleg getreden met onder

meer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument &

Markt (ACM). Begin 2015 heeft zij een aantal conclusies op een rij gezet.

Voorop staat dat vergelijkingssites een ‘nuttig middel’ zijn bij het kiezen van

een zorgverzekering. Verder is, bij de vijf grootste vergelijkers, niet gebleken

dat er een direct verband is tussen de vergoeding die vergelijkingssites van

verzekeraars ontvangen en de plaats van die verzekeraars in de vergelijkingen.

En kan je zeggen dat de dienstverlening van die grote vijf in het algemeen in

het belang van de klant is.

Maar er zijn ook dingen die beter kunnen.

**Advertentiesites**

Er zijn, om te beginnen, ook nogal wat sites die zich misschien als

vergelijkingssite presenteren maar die dat in feite helemaal niet zijn.

Deze zogeheten ‘advertentiesites’ vragen u helemaal niet naar uw persoonlijke

situatie, maar sturen u gewoon door naar zorgverzekeraars in ruil waarvoor ze

dan een vergoeding krijgen.

Maar ook op de echte, betrouwbare vergelijkingssites valt nog wel iets aan

te merken. De presentatie van de informatie kan soms beter en vollediger,

en soms worden ook belangrijke termen en begrippen (zoals ‘restitutiepolis’

of ‘selectieve inkoop’) onvoldoende helder uitgelegd. Soms ook wordt bij

kortingen onvoldoende duidelijk gemaakt dat die maar tijdelijk of eenmalig

zijn.

Een heel belangrijk punt van kritiek is, dat in de ‘top-3’ van (voor u) beste

polismogelijkheden, alleen zorgverzekeraars figureerden die financieel

met een vergelijkingssite samenwerkten. Doorklikken naar het vollédige

vergelijkingsoverzicht kan dan wel, maar veel mensen nemen die moeite niet.

**Verbetering toegezegd**

Aan al dit soort zaken wordt intussen gewerkt, op aandrang van minister

Schippers en onder toezicht van de NZa. En intussen hebben ook de grote

vergelijkingssites zelf medewerking toegezegd; net als, via brancheorganisatie

Zorgverzekeraars Nederland, de verzekeraars.

Toch blijft het raadzaam om als gebruiker van een vergelijkingssite alert en

kritisch te zijn. Patiëntenfederatie NPCF vindt het belangrijk dat gebruikers

van vergelijkingssites ervan uit kunnen gaan dat:

• de weergegeven informatie op een site klopt;

• een site geen onnodige gegevens van de gebruiker vraagt;

• de gepresenteerde uitkomst onafhankelijk is van de relatie tussen een site

 en een zorgverzekeraar;

• sites transparant zijn over hun verdiensten, en over welke zorgpolissen wel

en welke niet worden meegenomen.

**Praktische tips**

U doet er daarom altijd goed aan om meer dan één site te raadplegen.

Om vergelijkingssites dus zélf ook te vergelijken, en zo te bepalen welke het

meest prettig is in gebruik, aanbod en duidelijkheid.

Als u toch twijfelt over de geboden informatie, zoals over de precieze dekking

van een polisaanbod, check dit dan ook nog eens direct bij de betreffende

zorgverzekeraar.

Tot slot biedt de website van consuWijzer, met overheidsadvies over uw

rechten als consument, 5 tips onder het kopje ‘Hoe herken ik een goede

vergelijkingssite voor verzekeringen?’. Die tips, uitgewerkt op

www.consuwijzer.nl, zijn:

• Kunt u uw wensen voldoende aangeven?

• Hoe komt de vergelijking tot stand?

• Hoe volledig is de vergelijking?

• Waar verdient de vergelijkingssite aan?

• Is er een vergunning van de Autoriteit Financiële Markten (AFM)?

Ook de AFM heeft voor u een aantal nuttige tips opgesteld, op basis van het

eigen onderzoek uit 2014 dat al genoemd werd. U vindt die op www.afm.nl,

onder het kopje ‘Waar kan ik op letten bij een vergelijkingssite?’

Hoofdpunten:

• Alleen bij lage(re) inkomens.

• Hoe lager het inkomen, hoe hoger de toeslag.

• Meerpersoonshuishoudens krijgen hogere toeslag.

• Wel zelf aanvragen.

**11. De zorgtoeslag**

**Wat is dat, en waarom bestaat die? Wie komt ervoor in aanmerking,**

**en wat zijn de bedragen? En waar vraag ik mijn zorgtoeslag aan?**

**Premie gelijk voor iedereen**

De premie voor een basispolis is voor iedereen even hoog. Heeft u bij

een verzekeraar eenmaal een specifieke variant ‘modelpolis’ gekozen,

zoals ‘natura’ of ‘restitutie’, dan is het ook zo dat iedereen met diezelfde

polis precies hetzelfde aan premie betaalt als u. Afgezien dan van een

collectiviteitskorting of een korting via vergelijkingssites, zoals beschreven in

de vorige twee hoofdstukken. Maar ook die korting is dan voor iedereen die

hieraan meedoet, precies even hoog.

Maar om specifiek mensen met een lager inkomen tegemoet te komen in de

kosten voor die verplichte basispolis, bestaat er voor hen een zorgtoeslag.

Die wordt uitgekeerd door de overheid, die zo wil voorkomen dat toegang tot

goede gezondheidszorg voor sommige groepen moeilijk betaalbaar wordt.

**Eén toeslag per huishouden**

Bij de vaststelling van de hoogte van een zorgtoeslag, wordt naar een aantal

dingen gekeken. (Dit loopt via de Belastingdienst, waarover zo direct meer.)

Kort gezegd wordt de gemiddelde premie van een basispolis vergeleken met

De zorgtoeslag het bedrag waarvan de overheid het aanvaardbaar vindt dat mensen dat,

gezien hun persoonlijke inkomen, aan zorgpremie kwijt zijn. Het verschil

tussen die twee bedragen wordt dan als zorgtoeslag terugbetaald.

Een eventuele zorgtoeslag wordt berekend, en ook uitgekeerd, per

huishouden. Dus bij een alleenstaande wordt alleen gekeken naar diens

eigen belastbaar inkomen. Maar bij een (echt)paar wordt gekeken naar het

gezámenlijk inkomen. Een huishouden van twee partners krijgt samen ook

maar één gezamenlijke zorgtoeslag. Hierbij wordt er natuurlijk rekening mee

gehouden dat dan ook meer dan één persoon premie moet betalen. Maar

ook dat die twee personen samen vaak meer inkomen zullen hebben dan een

alleenstaande. Als er daarnaast ook nog een thuiswonend kind is van 18 jaar

of ouder, krijgt die overigens weer wél een eigen, aparte zorgtoeslag.

**Berekening toeslag via Belastingdienst**

Behoorlijk ingewikkeld dus in de details, maar op hoofdlijnen redelijk overzichtelijk.

De hoogste zorgtoeslag krijgen huishoudens waarin meerdere personen samen maar één (laag) inkomen hebben. En de laagste zorgtoeslag, of helemaal géén toeslag, krijgen huishoudens met hogere inkomens per persoon. Zelf hoeft u dit allemaal niet uit te rekenen. Het enige wat u moet doen, als u geen al te hoog inkomen heeft en denkt dat u in aanmerking komt voor een zorgtoeslag, is u aanmelden via www.belastingdienst.nl/toeslagen. En hier dan de gegevens invullen over de hoogte van uw inkomen en de samenstelling van uw huishouden. Heeft u recht op een zorgtoeslag, dan keert de Belastingdienst die in maandelijkse termijnen aan u uit.

*Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag.*

*Aanmelden via de Belastingdienst, met de gegevens over de hoogte van uw inkomen en de samenstelling van uw huishouden.*

**Achteraf**

Punt is natuurlijk wel, dat uw inkomen kan fluctueren. Bijvoorbeeld als u

zelfstandige bent, of als u af en toe serieuze neveninkomsten hebt naast uw

vaste baan of pensioeninkomen. Er kan daarom altijd nog een ‘eindafrekening’

komen, als onderdeel van uw definitieve belastingaanslag over een

eenmaal afgesloten fiscaal jaar. En dan kan het dus zijn dat de hoogte van

uw zorgtoeslag alsnog voor dat jaar wordt bijgesteld, en u een deel moet

terugbetalen. (Maar ook: dat u er juist nog iets extra bij krijgt.) Houdt u dit

daarom goed in de gaten: nare verrassingen achteraf zijn niet uitgesloten.

U kunt die verrassingen zelf voorkomen, door ook pas achteraf de zorgtoeslag

aan te vragen, dus met terugwerkende kracht. Hiervoor krijgt u nog

ruimschoots de tijd, na afloop van een fiscaal jaar. Zo kunt u de zorgtoeslag

voor 2015, nog aanvragen tot 1 september 2016.

*Er kan altijd nog een ‘eindafrekening’ komen, als onderdeel van uw definitieve belastingaanslag.*

**Inkomensbovengrens**

Hoe hoog is precies de zorgtoeslag? In 2015 was die voor een

eenpersoonshuishouden maximaal 942 euro per jaar, en voor een

meerpersoonshuishouden maximaal 1.791 euro. In 2016 gaat de toeslag

iets omhoog, vooral voor mensen met de laagste inkomens, met

waarschijnlijk 6 euro per maand per persoon. De maximale zorgtoeslag

voor een eenpersoonshuishouden wordt dan 1.013 euro, voor een

meerpersoonshuishouden 1.935 euro.

Mensen met de allerlaagste inkomens zijn door de zorgtoeslag in de praktijk,

per saldo, maar weinig kwijt aan basispremie. Naarmate een inkomen hoger

is, wordt de zorgtoeslag geleidelijk lager. Tot aan een inkomen waarboven

helemaal geen zorgtoeslag meer wordt uitgekeerd.

Hoe hoog is die maximum-inkomensgrens? Voor meerpersoonshuishoudens

lag die in 2015 op 33.500 euro, voor eenpersoonshuishoudens op 26.500 euro.

In 2016 zal hier waarschijnlijk weinig aan veranderen.

**Ook vermogenstoets**

Het aantal personen dat een zorgtoeslag krijgt, is de afgelopen jaren flink

gedaald. In 2012 waren het er 5,7 miljoen, in 2015 nog maar 4,5 miljoen.

Dit komt onder meer door een daling van het maximale inkomen tot

waar recht op zorgtoeslag bestaat, en door de introductie in 2013 van een

vermogenstoets.

Huishoudens met een vermogen boven een bepaalde grens krijgen sindsdien

helemaal geen zorgtoeslag meer, ongeachte de hoogte (of laagte) van hun

inkomen. Tot nu toe gold hier een extra vrijstelling voor mensen die de

AOW-gerechtigde leeftijd hebben bereikt, maar die wordt in 2016 afgeschaft.

Een aantal 65-plussers zal hierdoor in 2016 minder zorgtoeslag krijgen, of

helemaal geen toeslag meer.

Hoofdpunten:

• U betaalt niet alleen de (vaste) basispremie …

• ... maar daarnaast draagt u ook bij naar rato van uw inkomen …

• … voor zowel de Zorgverzekeringswet als de Wet langdurige zorg.

• Alleen tot aan een maximale inkomensgrens.

• Deels lagere percentages voor zelfstandigen en 65-plussers.

**12. Inkomensafhankelijke bijdragen**

**De premie die u voor de basispolis betaalt, is een vast bedrag**

**- ongeacht hoe hoog uw eigen inkomen is. Maar daarnaast betaalt**

**u nog andere (forse) zorgbijdragen, die wél met uw inkomen variëren.**

**Die lopen via de Belastingdienst, en vergen van u geen eigen keuzes.**

**Bijdragen naar financiële draagkracht**

De premie die u voor het basispakket betaalt, direct aan uw zorgverzekeraar,

heet in officiële beleidstaal de ‘nominale’ zorgpremie. Dat ‘nominaal’ staat

hier voor ‘vast bedrag’. Ofwel: iedereen betaalt, voor een en dezelfde variant

basispolis, en afgezien van korting via een collectiviteit of vergelijkingssite,

precies hetzelfde bedrag in euro’s.

Maar wat voor de één een relatief laag bedrag is, kan voor een ander, die

een lager inkomen heeft, juist een zware last zijn. Vandaar dat er óók een

‘inkomensafhankelijk’ element zit in de manier waarop wij met ons allen

de Nederlandse zorg financieren. In de zin van: bijdragen naar financiële

draagkracht.

We zagen dit al bij de zorgtoeslag: die is hoger naarmate iemands

inkomen lager is. En boven een bepaalde inkomensgrens krijg je helemaal

geen zorgtoeslag meer. Maar ook op andere punten is er een flink stuk

inkomensafhankelijkheid.

**67,8 miljard**

Dat die inkomensafhankelijke betalingen er zijn, is goed om te weten. Zelf

kunt u hier geen individuele keuzen in maken en beslissingen over nemen.

(Wat wél kan bij de basispremie, op punten als restitutiepolis/naturapolis

en eigen risico.) Maar er zullen misschien veel mensen zijn, die denken dat

met die gemiddeld net 100 euro per maand aan nominale basispremie, ‘de’

gezondheidszorg ook is betaald. Maar niets is minder waar.

Van de 67,8 miljard euro per jaar die wij Nederlanders in 2016 gezamenlijk

zullen besteden aan collectief verzekerde medische zorg (‘cure’) en langdurige

verzorging (‘care’) samen, komt maar ongeveer een kwart uit de nominale

zorgpremies voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). De rest komt onder meer uit

de ‘inkomensafhankelijke bijdrage’ voor diezelfde Zvw. En uit premies voor

de Wet langdurige zorg (Wlz), zoals per 1 januari 2015 de AWBZ is gaan heten.

In beide gevallen gaat dit om een percentage van iemands (bruto) inkomen.

Dus niet één en hetzelfde bedrag voor iedereen, maar een bedrag dat oploopt

samen mét het verdiende inkomen.

Gemiddeld betaalt een volwassene in 2016 een bedrag van in totaal 5.385 euro

voor collectief verzekerde zorg. Maar dat is dus een gemiddelde: wie een laag

inkomen heeft, betaalt minder; wie een hoog inkomen heeft, betaalt meer.

*U denkt misschien dat met de nominale basispremie ‘de’ gezondheidszorg ook is betaald. Maar niets is minder waar.*

**Inkomstenbelasting**

Je kunt dit vergelijken met de inkomstenbelasting. Ook die wordt geheven

volgens percentages van het bruto inkomen. Maar wel met twee belangrijke

verschillen. Ten eerste, die belastingtarieven zijn ‘progressief’, wat wil zeggen

dat ook die percentages zelf hoger worden naarmate het inkomen hoger is.

Dit is bij de inkomensafhankelijke zorgpremies niet zo: díe percentages blijven

voor iedereen hetzelfde, ongeacht het inkomen.

En, het tweede verschil, die inkomensafhankelijke zorgbijdragen en -premies

worden maar geheven tot aan bepaalde maximumgrenzen aan iemands

jaarinkomen. Over het gedeelte van het inkomen dat boven die grenzen ligt,

hoeft verder helemaal geen premie meer te worden betaald. En ook dat laatste

ligt bij de inkomstenbelasting natuurlijk anders: daar geldt helemaal géén

inkomensbovengrens.

**Maximale bijdrage**

Wat zijn dan die heffingspercentages? Bij de Zorgverzekeringswet hangt dit

ervan af of u wel of niet in loondienst bent, en van uw leeftijd.

Bent u werknemer, dan betaalt uw werkgever in 2016 voor u 6,75 procent van

uw jaarsalaris aan de Belastingdienst, als bijdrage voor de Zvw. (In 2015 was

dit nog 6,95 procent.) Dit tot een salarisgrens van waarschijnlijk 52.557 euro

in 2016. U merkt en ziet hier overigens in de praktijk niets van: dit gaat buiten

uw maandelijkse en jaarlijkse salarisoverzicht om.

Toch is het goed om hier even bij stil te staan: bij hoeveel dus, direct door

u zelf én door uw werkgever tezamen, maximaal kan worden betaald voor

uw deelname aan de Zvw. Dus voor alle noodzakelijke zorg die u nodig

kunt hebben met een primair ‘medisch’ karakter, gericht op behandeling

en therapie; en voor, overgeheveld vanuit de oude AWBZ, verzorging en

verpleging thuis. Bij dat maximale premie-inkomen van ruim 52.000 euro

praten we dan over, bovenop uw nominale premie voor de basispolis van

gemiddeld ruim 1.200 euro per jaar, ook nog eens ruim 3.500 euro aan

inkomensafhankelijke bijdrage.

**Zelfstandigen/gepensioneerden**

Bent u zelfstandige, of bent u AOW-gerechtigd, dan betaalt u gewoon zelf

die inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage, zonder dat een werkgever of andere

instantie dit voor zijn rekening neemt. Ook bij aanvullend pensioen en bij het

AOW-pensioen gebeurt dit laatste niet. De uitkerende instanties dragen het

wél voor u af, door dit in te houden op uw netto-uitkering, wat ook vermeld

staat in uw maandelijkse overzicht.

Hier staat tegenover, dat het percentage van de inkomensafhankelijke

Zvw-bijdrage voor zelfstandigen en bij pensioeninkomens iets lager is

dan die 6,75 procent voor werknemers: in 2016 is dat 5,5 procent (een

verhoging ten opzichte van 2015, toen dit 4,85 procent was). En let op: als u

als gepensioneerde bovenop uw AOW en aanvullend pensioen nog andere,

zelfstandig verworven inkomsten hebt, tellen ook die mee voor die

5,5 procent, wat achteraf op aanslag moet worden betaald.

*Een aangepaste aanslag achteraf, blijft altijd mogelijk.*

**AWBZ/Wlz**

Tot slot de Wet langdurige zorg/voormalige AWBZ. Ook hiervoor betaalt

iedereen een inkomensafhankelijke premie, direct aan de Belastingdienst.

Met ingang van 2015 is die premie flink verlaagd, van 12,65 procent naar

9,65 procent van het bruto jaarinkomen, tot een maximum-inkomensgrens

van 33.589 euro. Dit ongeacht of u in loondienst bent, zelfstandige of

65-plusser. In 2016 blijft dit premiepercentage onveranderd.

Overigens telt voor de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de

langdurige zorg ook het vermogen voor een deel mee via de
vermogensinkomensbijtelling.

**Het meeste loopt vanzelf**

Voor al die inkomensafhankelijke zorgpremies geldt: u hoeft hier zelf niet veel

mee te doen. Als dit via uw werkgever gaat, merkt u hier sowieso eigenlijk

niks van: het wordt allemaal ‘vanzelf’ geregeld. Bestaat uw inkomen vooral

uit AOW en pensioen, dan zullen als het goed is de uitkerende instanties

die inhouding meteen al voor u regelen. Wel kan het dan zijn, dat hier in de

definitieve belastingaanslag nog iets bovenop komt of vanaf gaat. Maar dat

geldt ook voor werknemers met serieuze bijverdiensten.

Zo’n aanpassing achteraf, via de definitieve belastingaanslag, zal sowieso

vaak voorkomen als u zelfstandige bent. Uw inkomen tijdens een nog lopend

jaar valt immers vaak moeilijk te schatten. Hetzelfde geldt voor het groeiende

aandeel 65-plussers dat zelfstandig nog aanvullende inkomsten verdient.

Hoofdpunten:

• Tot aan 18de verjaardag basisverzekering gratis.

• Soms ook gratis aanvullend verzekerd.

• Vanaf 65: iets lagere inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.

• Vanaf 65: soms duurdere aanvullende polissen.

**13. Onder de 18 en 65-plus**

**Hoe zit het met de zorgverkering voor uw kinderen. En met aanvullende**

**polissen? En als u eenmaal 65 wordt: waar moet u dán op letten?**

**Onder de 18 jaar gratis**

Kinderen zijn in Nederland gratis zorgverzekerd voor het basispakket, tot en

met de maand waarin ze 18 worden. Dit is ook verplicht, en moet geregeld

worden voordat een kind 4 maanden oud is. Doet u dat laatste niet, of pas

te laat, dan moet u de tot dan toe gemaakte zorgkosten voor uw baby zelf

betalen.

Soms is het ook zo, dat als voor een kind een polis wordt afgesloten bij

dezelfde verzekeraar waar ook de ouders zorgverzekerd zijn, aanvullende

verzekeringen van ouders ook voor het kind gelden - zónder dat hiervoor

premie moet worden betaald. Andere verzekeraars vragen, voor bepaalde

aanvullende polissen, wel een aparte kinderpremie.

*Meld uw kind op tijd aan, anders kan dit u geld gaan kosten.*

**Orthodontie**

Aanvullende verzekeringen zijn voor kinderen overigens niet altijd nodig.

Kinderen zijn, anders dan volwassenen, gratis verzekerd voor de meeste vormen

van reguliere tandzorg (maar niet voor kronen, bruggen en orthodontie). En ze

zijn ook via de basisverzekering verzekerd voor fysiotherapie, tot een maximum

van 18 behandelingen per jaar; en bij sommige aandoeningen meer.

Wat wél interessant kan zijn, is voor uw kind een speciale aanvullende

verzekering afsluiten voor orthodontie. (Als dit niet vanzelf al geregeld is via een

aanvullende verzekering die de ouders zelf hebben.) Houd er dan wel rekening

mee dat veel verzekeraars hiervoor een wachttijd van een paar maanden

tot soms wel een jaar hanteren. En verder is het natuurlijk zo dat als u nu al

weet dat er volgend jaar een nieuw gezinslid komt, u hiermee rekening kunt

houden bij het kiezen voor een mogelijk aangepaste zorgverzekering. Zoals een

aanvullende verzekering waarin ook een kraampakket of extra kraamhulp is

opgenomen.

**Vanaf 18 jaar premieplichtig - én zorgtoeslag**

Wordt iemand eenmaal 18, dan is zij of hij met ingang van de daaropvolgende

maand zelf premieplichtig. Je mag dan zelf je eigen verzekeraar en verzekering

kiezen. Maar desgewenst kunnen ook daarna ouders die dit willen, nog blijven

optreden als degenen die dit regelen en betalen. En wat soms nog wel eens

wordt vergeten, en dus ook niet wordt aangevraagd, is de zorgtoeslag waarop

ook 18-jarigen recht hebben, ook als ze nog bij hun ouders wonen.

**65-plus: meer zorgbehoefte**

Maar het leven gaat snel: zo ben je nog een (jonge) ouder, sneller dan je

misschien had gedacht bent u zelf al 65 jaar. Een leeftijd waarop het nodige

verandert, ook in de sfeer van inkomen en (sociale) verzekering; ook al kan dit

de komende jaren deels opschuiven richting 67 jaar oud, zoals bij de AOW.

Naarmate we ouder worden, groeit de kans dat we een beroep moeten doen

op zorg. Dit geldt niet alleen voor meer ‘medische’, primair curatief gerichte

zorg zoals die in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld. Maar ook voor

allerlei vormen van langdurige zorg, verzorging en misschien ook verpleging.

Die zijn deels geregeld via andere wetten, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz/

voormalige AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Maar

deze laatste twee domeinen vallen buiten het bestek van deze Keuzegids

Zorgverzekering 2016. Die focust op de Zorgverzekeringswet, en die is van

gelijk belang voor alle leeftijden.

**Lagere bijdrage**

U zult misschien in 2016 merken, als u goed kijkt naar de maandelijkse

overzichten van uw AOW en aanvullend pensioen, dat de hier op ingehouden

inkomensafhankelijke bijdrage (hoofdstuk 12) voor de Zvw 5,5 procent van uw

jaarinkomen bedraagt (over het gedeelte tot een maximum van ruim 52.000

euro). Dit is iets minder dan de 6,75 procent die voor werknemers geldt.

U moet wel in de gaten houden, of die inhouding wel plaatsvindt op álle

bestanddelen van uw inkomen. Is dit niet het geval, dan komt er bij de

definitieve belastingaanslag mogelijk nog een naheffing. Dat is ook zo, als u

naast uw pensioeninkomens ook nog zelfstandig verworven inkomsten hebt.

Voor de reguliere basispolis verandert er in principe niets. Ouderen betalen

in Nederland hiervoor niet méér premie, en blijven gewoon vallen onder de

acceptatieplicht die alle zorgverzekeraars hebben.

**Voorzichtig met opzeggen aanvullende verzekeringen**

Tot slot de aanvullende verzekeringen (hoofdstuk 8). Sommige verzekeraars

werken hierbij met leeftijdsafhankelijke premies, waarbij bijvoorbeeld elke

5 jaar een (verdere) verhoging plaatsvindt. Andere verzekeraars doen dit niet,

en houden hun aanvullende premies in principe voor alle leeftijdsgroepen

gelijk.

Verder geldt voor aanvullende verzekeringen geen acceptatieplicht. Reden dus

om voorzichtig te zijn met opzeggen, zeker als het uw bedoeling is om die

aanvullende verzekering dan bij een andere verzekeraar voort te zetten. Sluit

in dat geval altijd eerst die nieuwe af; en zeg pas als dit is gelukt de oude op.

De Nederlandse zorgverzekeraars zijn van plan om de voorwaarden voor

toelating tot aanvullende verzekeringen op een aantal punten te versoepelen.

Maar hoe dit precíes zal uitpakken, moet eerst nog worden afgewacht.

*Sommige verzekeraars vragen aan ouderen hogere aanvullende premies.*

Hoofdpunten:

• Acceptatie voor basispolis geen probleem.

• Aanvullend verzekeren soms een probleem.

• Hierdoor soms lastig veranderen van verzekeraar.

• Onderwerp van publieke discussie.

**14. Chronisch ziek zijn en verzekeren**

**Mensen met een chronische aandoening kunnen, net als wie**

**kerngezond is, bij iedere zorgverzekeraar een basispolis naar eigen**

**voorkeur afsluiten. Maar bij aanvullend verzekeren kunnen**

**vervelende problemen rijzen.**

**Extra lasten**

Een chronische ziekte is een zware last. Door de belasting van de aandoening

zelf. Maar vaak ook door de nodige extra kosten, inclusief die voor zorg en

verzekering. Terwijl mensen dan juist beperkt zijn in hun mogelijkheden om

extra inkomen te verwerven om die kosten te kunnen compenseren.

**Beter geen hoog eigen risico**

Wie met vaste regelmaat bij de specialist of in het ziekenhuis komt, voor

controle, begeleiding, behandeling, krijgt vanzelf te maken met het verplichte

eigen risico in de basisverzekering. In 2016 wordt dit 385 euro per jaar, en

daar ben je dan al gauw doorheen. In die situatie is het onverstandig om

hierbij dan ook nog eens een vrijwillig eigen risico te nemen. Dit kan tot een

maximum van 500 euro extra risico per jaar oplopen. Maar de premiekorting

die hier tegenover staat, zal niet opwegen tegen de (bijna-) zekerheid dat je

dat extra risico voor het volle bedrag zult moeten betalen (hoofdstuk 7).

*Een extra (vrijwillig) eigen risico kan bij chronische ziekte al gauw onvoordelig uitpakken.*

**Basispolis: gewoon acceptatieplicht**

Een basispolis is hoe dan ook verplicht voor iedereen. Hiervoor geldt dat alle

zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben. Dus ook wie chronisch ziek

is, kan gewoon overal een basisverzekering afsluiten, tegen precies dezelfde

premie en voorwaarden die voor ieder ander gelden die diezelfde polis afsluit.

Maar hiermee is nog niet alles gezegd.

**Zijn ‘uw’ zorgverleners wel gecontracteerd?**

Mensen met een chronische aandoening zullen soms een ‘vaste’ relatie

hebben met een of meer specifieke zorgaanbieders, zoals een specialist of

een ziekenhuis. En wie dan graag bij diezelfde behandelaar wil blijven, moet

wel goed opletten bij het overstappen naar een nieuwe zorgverzekeraar.

Want alleen als óók die een contract heeft met diezelfde behandelaar, kunt

u volstaan met een polis van het soort waarmee u alleen terecht kunt bij

gecontracteerde zorgverleners (tenzij u wilt bijbetalen). Zo niet, dan bent u

meer gebaat bij een (duurdere) polis die meer mogelijkheden biedt om zelf

een zorgverlener te kiezen (hoofdstuk 5), zoals een restitutiepolis.

*Bij overstappen goed kijken naar welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd.*

**Ook opletten bij hulpmiddelen**

Verder moet u als chronisch zieke bij overstappen ook rekening houden met

eventuele hulpmiddelen die in bruikleen zijn. Wie door de ziekte bijvoorbeeld

een speciaal bed nodig heeft, of een pomp, moet dan wél nagaan of een

nieuwe zorgverzekeraar dezelfde hulpmiddelen-leverancier contracteert als de

oude. Zo niet, dan moet er een nieuw bed komen, een nieuwe pomp, of wat

voor hulpmiddel dan ook nodig is. En dit kan vervelend zijn voor wie gewend

is aan een bruikleen-hulpmiddel dat intussen goed is gaan bevallen, en aan de

specifieke bediening daarvan.

**Problemen bij aanvullend verzekeren**

Problemen kunnen ook opdoemen bij de aanvullende verzekering. Veel

mensen met een chronische ziekte hebben zo’n aanvullende polis, en

zijn daar ook behoorlijk van afhankelijk. Bijvoorbeeld bij diabetes

(fysiotherapie), reuma (fysiotherapie, acupunctuur) en chronische pijn (extra

vergoeding voor eigen bijdragen bij sommige medicijnen).

Maar bij overstappen naar een andere verzekeraar kunt u dan in de problemen

komen. Voor aanvullende polissen bestaat immers géén acceptatieplicht

(hoofdstuk 8). Het kan hierdoor voorkomen dat een verzekeraar zo’n polis

bijvoorbeeld alleen wil afsluiten tegen een extra hoge premie. (Wat op zichzelf

ook niet onbegrijpelijk is. In verzekeringstaal, ook al mag dit nooit op déze

botte manier naar buiten toe worden uitgesproken: men wil geen ‘brandend

huis verzekeren’).

*Aanvullend verzekeren kán bij een chronische aandoening lastig of extra duur zijn.*

**Goed naar details kijken**

Per zorgverzekeraar verschilt de manier waarop hiermee wordt omgegaan.

Het loont dus de moeite om u goed op details te laten informeren, direct

door verzekeraars zelf of bijvoorbeeld via een vergelijkingssite. Weet wel, dat

overstappen voor de basispolis én tegelijk voor de aanvullende verzekering bij

de ‘oude’ verzekeraar blijven, in principe mogelijk is. Maar dit kan soms alleen

tegen een sterk verhoogde premie voor die aanvullende polis. Dat laatste kan

dus een reden zijn om maar helemaal af te zien van overstappen, ook voor

de basispolis, omdat er alles bij elkaar opgeteld toch geen verbetering of

besparing optreedt.

**Onderwerp van publieke discussie**

Regelmatig klinkt het verwijt, ook via de media, dat (sommige)

zorgverzekeraars hoge barrières voor aanvullend verzekeren misbruiken als

instrument om óók voor de basispolis te ontmoedigen dat chronisch zieken

zich bij hen verzekeren.

Verzekeraars spreken dit verwijt tegen. Er is, zeggen ze, geen sprake van

dat ze ‘geen chronisch zieken’ in hun basisverzekering willen; geen sprake

van dat ze die ‘te duur’ vinden omdat ze zo veel zorgkosten zouden maken.

Dit is ook helemaal niet nodig, voegen verzekeraars hieraan toe, want ze

worden hiervoor immers financieel gecompenseerd. Tot nu toe gebeurt dit

door een systeem van ‘risicoverevening’, waarbij zorgverzekeraars met veel

‘dure’ verzekerden compensatie krijgen. Die wordt betaald uit bijdragen van

verzekeraars met minder dure klanten.

**Risicodragend**

De verdeling van geld tussen verzekeraars voor de kosten als zij relatief

veel dure verzekerden hebben, wordt steeds verfijnder. Voor de mogelijke

‘fouten’ in die verdeling worden verzekeraars nu nog achteraf voor een klein

deel gecompenseerd. Met ingang van 2017 wil de minister die compensatie

helemaal afschaffen. Verzekeraars worden dan, zoals dit in beleidstermen

heet, zelf ‘volledig risicodragend’. Risico’s op extra hoge uitgaven voor (onder

meer) chronisch zieken moeten zij dan zelf het hoofd gaan bieden, ieder voor

zich, door zich extra in te spannen voor kostenbeheersing.

Hoofdpunten:

• Complex onderwerp, wordt veel onderschat.

• Basispolis dekt in principe spoedzorg in het buitenland …

• … maar alléén tot maximaal ‘Nederlands’ tarief.

• ‘Werelddekking’ blijft voorlopig van kracht.

• Zoveel mogelijk vooraf informatie vragen.

**15. In het buitenland**

**Als ik in het buitenland ziek word, op reis of op vakantie, worden ook**

**dan mijn zorgkosten vanuit mijn basisverzekering vergoed? En als ik in**

**een ander land ga wónen? Of mij in het buitenland wil laten behandelen?**

**Complex onderwerp**

Ook als we in het buitenland zijn, bijvoorbeeld op vakantie, lopen we het

risico om zorgkosten te maken. Wie in den vreemde ziek wordt, of daar iets

vervelends overkomt, kan ineens worden geconfronteerd met de noodzaak

om daar naar een dokter of naar een ziekenhuis te moeten. Bent u ook dan

voor de kosten hiervan verzekerd? En voor eventuele kosten van repatriëring?

Hierop bestaat helaas géén simpel en geruststellend antwoord.

**Basispolis dekt spoedzorg in buitenland**

Bij spoedeisende en andere noodzakelijke zorg worden de kosten hiervan

vergoed vanuit uw Nederlandse basisverzekering. Maar pas wel op: alléén voor

zover dit zorg is die ook in het Nederlandse basispakket zit; en alléén tot aan

het in Nederland gangbare tarief.

Houd er daarom altijd rekening mee dat uw verzekeraar de kosten die u in het

buitenland maakt, niet of maar gedeeltelijk vergoedt. En kijk juist op dit punt

goed naar mogelijkheden om u aanvullend te verzekeren.

*Ook bij spoedeisende zorg is er altijd het risico dat niet alle kosten worden vergoed.*

**Declareren**

Ook als kosten wel vergoed worden, kan het zijn dat u die eerst zelf ter plekke

moet betalen, en pas achteraf bij uw verzekeraar kunt declareren. Voor een

aantal landen in Europa kunt u een speciale European Health Insurance

Card meenemen, die u kunt aanvragen bij uw verzekeraar (meer informatie

op www.ehic.nl). Zo’n pasje zorgt er onder meer voor dat een financiële

afhandeling rechtstreeks verloopt tussen uw verzekeraar en buitenlandse

zorgaanbieders, zodat u niets hoeft voor te schieten.

**Werelddekking zorgverzekering**

In principe geldt uw zorgverzekering voor ‘de hele wereld’. Minister

Schippers van VWS heeft een keer gezegd kritisch te gaan kijken naar die

‘werelddekking’ zoals die nu in uw basispolis zit. Zij vindt dat die beter kan

worden afgeschaft, omwille van bezuiniging. De buitenlanddekking in de

basispolis zou dan beperkt worden tot Europa. De rest van de wereld komt

dan onder de aanvullende verzekering. Maar tot nu toe is hierover geen besluit

gevallen, dus tot nader order blijft die werelddekking ook in 2016 nog gewoon

van kracht.

**Zorg in Europa verschilt**

Veel mensen weten dat bijvoorbeeld de Verenigde Staten een land is waar

zorgkosten veel hoger kunnen zijn dan bij ons. Minder bekend is dat u óók

in Europa tegen rare dingen aan kunt lopen. Dit komt onder meer doordat

in sommige landen de zorg een stuk commerciëler is georganiseerd dan in

Nederland. In bepaalde landen loopt u hierdoor de kans zelf flink te moeten

bijbetalen, bijvoorbeeld doordat:

• daar een verschil is tussen sociaal-verzekerde zorg en duurdere private

 zorg;

• daar andersoortige en meer experimentele (en ook weer duurdere)

 behandelingen worden toegepast;

• u in een kliniek terecht kunt komen die qua kwaliteit niet in orde is en/of

 tarieven hanteert die ver boven de Nederlandse liggen;

• daar geneesmiddelen verstrekt worden die buiten ons systeem van

 vergoedingen vallen.

**Tips om tegenvallers te voorkomen**

Om grote tegenvallers zo veel mogelijk te voorkomen, kunt u een aantal

dingen doen.

• Contact met de zorgverzekeraar: neem om te beginnen altijd, zodra sprake

is van mogelijke ziekenhuisopname in het buitenland, meteen contact op

met de alarmcentrale van uw zorgverzekeraar. Natuurlijk zijn er situaties

 van ‘spoedeisendheid’ waarin vooraf met de verzekeraar overleggen geen

 reële optie is. Maar in zo’n geval zal de verzekeraar normaal gesproken het

gewenste begrip opbrengen. En bel dan wél zodra dat kan.

•Informeer naar zorgkosten: gaat u naar een ver land, of voor langere tijd

 weg? Informeer voor uw vertrek bij uw zorgverzekeraar naar de hoogte van

 de zorgkosten in het betreffende land, en naar de hoogte van eventuele

 vergoedingen.

• Aanvullend verzekeren: als blijkt dat uw basispolis te weinig zekerheid

 biedt, kan het verstandig zijn een aanvullende zorgverzekering en/of een

reisverzekering te nemen. U kunt zich hiermee problemen besparen, zoals

onverwachte rekeningen die u grotendeels zelf moet betalen.

• Voorkom dubbel verzekeren: onderverzekerd moet u beslist niet aan

 zo’n reis beginnen. Maar ‘dubbel verzekeren’, zeker als er ook een aparte

 reisverzekering in het spel is, is dan een evenmin denkbeeldig gevaar. Veel

 verzekeraars bieden overigens een reisverzekering die dubbele dekking

 voorkomt en die aansluit op uw zorgverzekering.

• Kies proactief een nieuwe zorgverzekeraar: als u voorziet dat u in 2016

 veel op reis zult zijn, dan is het zeker de moeite waard om hier nu al op

 vooruit te lopen. Bij het kiezen van een (nieuwe) zorgverzekeraar. En bij

 het kiezen van een eventuele aanvullende verzekering, speciaal op het

punt van buitenlandse zorgkosten. Bij dit laatste kunt u denken aan ‘100%

vergoeding’ in plaats van ‘100% tot maximaal Nederlands tarief’; aan

gebruik mogen maken van de alarmcentrale van de zorgverzekeraar; aan

plaatselijk ambulancevervoer over grotere afstand. En heel belangrijk, en

vaak een lastige kwestie: aan de kosten van repatriëring naar Nederland.

*Voor behandeling naar het buitenland? Altijd vooraf afstemmen met uw zorgverzekeraar.*

**Expats**

Er zijn nog andere situaties denkbaar waarin u in het buitenland medische

kosten maakt. Als u daar bent gaan wonen. En als u ergens speciaal naar toe

gaat voor een bepaalde behandeling.

Als u gaat wonen in een ander land, bijvoorbeeld als gepensioneerde of als

expat, dan kan het zo zijn dat u uw Nederlandse zorgverzekering kwijtraakt.

U zult zich dan in uw nieuwe woonland bij een ziekenfonds of verzekeraar ter

plekke moeten verzekeren. Hoe dit precies zit, en in hoeverre dit ook geldt

voor andere gezinsleden, bijvoorbeeld kinderen, kan opnieuw heel ingewikkeld

blijken. En kan per specifiek land ook weer heel erg verschillen.

Dat laatste geldt ook voor situaties zoals: u woont buiten Nederland net over

de grens, maar werkt ín Nederland; of u woont in Nederland maar werkt juist

elders. En: hoe zit het als u in het buitenland verzekerd bent maar tijdens

bezoek aan Nederland híer zorg nodig heeft? Allemaal zaken die veel te ver

voeren om er hier nader op in te gaan.

Maar als u voorziet dat u in een ander land gaat wonen, zult u hoe dan

ook veel moeten regelen. En natuurlijk zoveel mogelijk informatie inwinnen.

Dat kunt u doen bij uw eigen, Nederlandse zorgverzekeraar. Maar u zult ook

al snel terechtkomen bij de Sociale Verzekeringsbank, en bij Zorginstituut

Nederland (de overheidsinstantie die belast is met het toezicht houden op

een goede uitvoering van onder andere de Zorgverzekeringswet).

Die kunnen ook een directe, actieve rol spelen bij het voor u regelen van

zorgverzekeringskwesties als u in het buitenland woont.

**Vraag toestemming bij behandeling in buitenland**

Tot slot: u wilt speciaal naar een ander land om daar, liever dan in Nederland,

een bepaalde medische behandeling of ingreep te ondergaan. Bijvoorbeeld

omdat u daar sneller geholpen kunt worden dan in eigen land. Dan is het goed

mogelijk dat uw zorgverzekeraar de kosten hiervan vergoedt. Het kan ook zijn

dat die speciale afspraken heeft met geselecteerde zorgaanbieders in andere

landen.

Maar begin hier nooit aan zonder toestemming vóóraf van uw verzekeraar.

Laat u zo uitgebreid mogelijk informeren, ook over zaken als eventuele

nacontroles en kosten die gemaakt moeten worden mochten er dingen mis

gaan.

Een website met veel informatie is www.cbhc.nl, van het Nationale

Contactpunt grensoverschrijdende zorg.

Hoofdpunten:

• Grote verantwoordelijkheid bij verzekeraars neergelegd.

• Gaandeweg steeds meer invulling van die rol.

• Zorg inkopen op basis van kwaliteit.

• Heeft ook gevolgen voor u als verzekerde.

**16. Regierol voor de zorgverzekeraars**

**De verzekeraars hebben een sleutelrol in het goed functioneren**

**van ons zorgstelsel. Hoe pakken ze dit aan? En kúnnen ze dit ook**

**goed aan?**

In hoofdstuk 3 las u al kort over de regierol die is toebedeeld aan de

zorgverzekeraars. Dit hoofdstuk gaat hier wat dieper op in.

**Middenpartij tussen zorgaanbieders en verzekerde**

Bij de komst, in 2006, van de huidige Zorgverzekeringswet zag de overheid een

belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraars. Die vormen de logische

middenpartij tussen de zorgaanbieders (zoals artsen en ziekenhuizen) en de

verzekerden. Zij zijn het die namens de verzekerden bij die aanbieders zorg

‘inkopen’. Ze hebben hierbij de verplichting om hun verzekerden continuïteit

van zorg te bieden. Als verzekerde moet u dus altijd de zorg kunnen krijgen die

u op een gegeven moment nodig hebt, zonder onredelijk lange wachttijden of

onredelijk verre reizen.

**Focus op kwaliteit**

De verzekeraars kregen de taak om zorg in te kopen op basis van zowel prijs

als kwaliteit. In 2006 waren over kwaliteit nog weinig gegevens beschikbaar;

inkopen op basis van prijs had dus de overhand. Sindsdien is er al wel wat

veranderd (maar nog niet genoeg, vindt Patiëntenfederatie NPCF). Medischwetenschappelijke verenigingen zijn al decennia bezig met opstellen van

kwaliteitsrichtlijnen waaraan hun beroepsbeoefenaren minimaal moeten

voldoen. Gelukkig gebeurt dit nu ook steeds meer in samenspraak met

verzekeraars en patiëntenorganisaties. Ook begint informatie beschikbaar

te komen over kwaliteitsverschillen tussen individuele beroepsbeoefenaren

onderling, ook bij medisch specialisten. En dankzij nieuwe initiatieven als

www.ZorgkaartNederland.nl kunnen verzekeraars ook rekening gaan houden

met hoe u als ‘gebruiker’ zélf de kwaliteit van de zorg ervaart.

Gaandeweg wordt zo het pad geëffend om bij de zorginkoop te kijken naar

de prijs én de kwaliteit. Dit betekent dat zorgverzekeraars niet langer zomaar

álle zorg willen inkopen bij álle aanbieders. Maar dat ze alleen nog zaken

willen doen met aanbieders die bewezen kwaliteit leveren voor een goede

prijs. Verzekerden hebben er dan natuurlijk wel recht op om te weten waaróm

zorgverzekeraars bij bepaalde zorgaanbieders wel of niet inkopen. Hierover

komt gelukkig steeds meer informatie beschikbaar, via de websites van

zorgverzekeraars en via hun afdeling Zorgbemiddeling. Patiëntenfederatie NPCF

dringt er op aan dat dit geregeld wordt.

*Gaandeweg wordt het pad geëffend om bij de zorginkoop te kijken naar de prijs én de kwaliteit*

**Volumenorm**

De gevolgen van die veranderingen worden intussen merkbaar. Bij

borstkankerzorg bijvoorbeeld hebben de behandelaars zelf al gesteld: je moet

voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria om dit werk te mogen doen; en je

moet minimaal vijftig borstkankeroperaties per jaar doen, alleen dan ben je er

goed genoeg in. Dit getal heet de ‘volumenorm’.

Ook zorgverzekeraars zijn intussen deze volumenorm gaan laten meewegen

in de kwaliteitscriteria waarop ze hun zorginkoop baseren. Ziekenhuizen die

niet aan het minimum aantal operaties voldeden, zijn gaan samenwerken met

andere ziekenhuizen: om tóch voor dit werk gecontracteerd te kunnen blijven.

Bij maagverkleiningsoperaties heeft de volumenorm ertoe geleid dat enkele

ziekenhuizen hiermee gestopt zijn.

Natuurlijk zegt die volumenorm niet alles over de kwaliteit van de geleverde

zorg. Die wordt ook bepaald door hoe goed medische professionals die bij een

bepaalde behandeling zijn betrokken, hierbij onderling samenwerken. Dus ook

dit krijgt in contractafspraken steeds meer aandacht en wordt steeds meer in

landelijke kwaliteitsnormen opgenomen.

En er moet natuurlijk worden gekeken naar hoe patiënten zelf kwaliteit

ervaren, en ook dit speelt steeds meer een rol.

**Ook kijken naar uitkomsten**

Een logische volgende stap, is dat niet langer alléén wordt gekeken naar het

proces van medisch handelen. Dus dat niet uitsluitend wordt bekeken of

wel alle richtlijnen en protocollen goed worden gevolgd, en door de juiste

bevoegde professionals worden uitgevoerd. Maar dat óók wordt gekeken naar

feitelijke uitkomsten. Dus naar het daadwerkelijke resultaat van een ingreep of

behandeling. Is er wel sprake van voldoende, of volledig, herstel? Als hierover

goede informatie komt, kunnen verzekeraars ook hiermee rekening houden bij

de zorginkoop.

**Gevolgen voor ziekenhuizen**

De gevolgen van inkopen op basis van prijs én kwaliteit worden overal in de

ziekenhuiszorg merkbaar. Veel discussie is er over de vraag welke ziekenhuizen

wel en niet voldoende kwaliteit leveren bij spoedeisende hulp of intensive care.

Voor een ziekenhuis zijn er ingrijpende gevolgen als het hier niet langer voor

wordt gecontracteerd. Een ziekenhuis dat geen intensive care meer heeft, kan

bijvoorbeeld ook geen geboortezorg of intensieve zorg voor hartpatiënten meer

leveren. En verdwijnt dergelijke zorg uit het ziekenhuis bij u in de buurt, of

wordt de functie van een afdeling heel erg beperkt, dan merkt ook u hiervan de

gevolgen. Voor sommige complexe zorg moet u dan verder reizen dan u gewend

was.

Zorgverzekeraars stimuleren ook substitutie van tweede naar eerste lijn. Samen

met de medische beroepsverenigingen bekijken ze voor welke zorg mensen écht

naar het ziekenhuis moeten, en in welke gevallen de huisarts of fysiotherapeut

dit kan overnemen. De huisarts kan bijvoorbeeld de nazorg voor kankerpatiënten

overnemen van het oncologische team in het ziekenhuis; of routinecontroles

bij diabetespatiënten overnemen van de internist. De fysiotherapeut kan voor

mensen met reuma routinecontroles overnemen van de reumatoloog.

Met als achterliggende gedachte: dit is prettiger voor u als patiënt, omdat u

de zorg dichterbij huis krijgt. En het spaart bovendien kosten: de huisarts en

fysiotherapeut zijn goedkoper dan medisch specialisten.

*Gevolg is dat u steeds betere zorg krijgt, waar mogelijk dichter bij huis.*

**Al aantal stappen gezet**

Verzekeraars hebben een speciaal beleid voor geneesmiddelen waarop de

oorspronkelijke fabrikant niet langer een patent heeft. Alle farmaceutische

bedrijven mogen zo’n middel dan gewoon namaken. De zorgverzekeraar

zegt dan: wij betalen alleen 100 procent vergoeding voor het middel van de

fabrikant die dit tegen de laagste prijs levert. Wilt u van uw apotheker een

duurdere variant, dan moet u bijbetalen. Het goedkoopste middel is dus het

‘preferente’ middel, vandaar de term preferentiebeleid.

Bij fysiotherapeuten kunnen zorgverzekeraars uiteenlopende kwaliteitsniveaus

hanteren. Therapeuten die aan de minimum-kwaliteitseisen voldoen,

krijgen de basisvergoeding. Wie voldoet aan hogere kwaliteitseisen, komt voor

een hogere vergoeding in aanmerking.

Ook huisartsen krijgen geleidelijk te maken met ‘beloning naar prestatie’.

De bedoeling is om een huisarts, om te beginnen, extra te gaan belonen

als die goed werk levert op drie fronten. Dat zijn: service en bereikbaarheid;

doelmatig geneesmiddelen voorschrijven (niet te veel dus, en niet voor

langere tijd dan nodig); en zorg leveren waarvoor de patiënt anders naar het

ziekenhuis zou moeten.

Zorgverzekeraars zetten ook stappen in de geestelijke gezondheidszorg.

In 2014 meldde zich de eerste verzekeraar die voor behandeling van eet- en

persoonlijkheidsstoornissen alleen nog zorgverleners contracteert die voldoen

aan kwaliteitseisen die in overleg tussen verzekeraars en aanbieders zijn

opgesteld.

**Wat u hiervan merkt**

Als verzekerde zult u dus steeds meer merken van de regierol van de

zorgverzekeraars. Die gaan steeds scherper kijken naar de kwaliteit van de

zorg die ze voor u inkopen. Hebt u een basispolis die niet alle zorgaanbieders

voor honderd procent vergoedt, dan kunt u dus steeds vaker geconfronteerd

worden met eigen bijbetalingen. Namelijk als u niet vooraf controleert of uw

zorgverzekeraar wel een contract heeft met de zorgaanbieder van uw keuze.

U kunt hiermee zelf twee kanten op. U kunt voor de basisverzekering

een budget- of naturapolis nemen, en op die manier méégaan met het

kwaliteitsbeleid van uw zorgverzekeraar. Bij ziekte laat u zich dan door uw

verzekeraar ‘leiden’ naar gecontracteerde voorkeurszorgaanbieders. Of u kunt

ervoor kiezen een restitutiepolis te kiezen, en zo maximale keuzevrijheid

houden. (Zie hoofdstuk 5 voor meer informatie over varianten van de

basispolis.)

Hoofdpunten:

• Eerst ‘grote vier’, dan pas de rest.

• Negen concerns, met samen tientallen ‘merken’.

**17. Zorgverzekeraars op een rij**

**Hoeveel verzekeraars zijn er eigenlijk in ons land? En welke zijn de**

**grootste, en wat hoort bij wie?**

Er zijn in Nederland negen zorgverzekeringsconcerns. Dit zijn, in volgorde van

aantallen verzekerden:

• Zilveren Kruis Achmea (5,5 miljoen verzekerden)

• VGZ (iets meer dan 4 miljoen)

• CZ (3,4 miljoen)

• Menzis (ruim 2 miljoen)

• DSW

• ONVZ

• Zorg en Zekerheid

• ASR

• ENO

De eerste (‘grote’) vier in deze opsomming hebben samen bijna negentig

procent van de markt in handen. Ze opereren alle vier in het hele land.

Sommige van de kleinere verzekeraars hebben vooral marktaandeel in een

bepaalde regio.

*De ‘grote vier’ hebben samen bijna negentig procent van de markt in handen.*

**Specifieke labels**

Misschien heeft u zelf een zorgverzekering afgesloten bij een verzekeraar

waarvan de naam niet voorkomt in het overzicht hierboven. Al die negen

concerns werken namelijk met meer dan één merk. Wie een collectieve

zorgverzekering (zie hoofdstuk 9) afsluit bij Hema, doet dit in feite gewoon

bij Menzis. Delta Lloyd en Ohra zijn labels van CZ. Wie contracteert bij De

Goudse, Bewuzt of Zekur, zit eigenlijk bij VGZ. De Friesland, FBTO en Pro Life

zijn labels van Zilveren Kruis Achmea.

En zo kunnen we nog wel even doorgaan, want in totaal zijn er tientallen

van zulke merken. Belangrijker dan de vraag bij welke van de ‘grote vier’

ze (meestal) horen, zijn voor u als verzekerde de verschillen tussen al die

labels. Sommige bieden alleen maar restitutiepolissen aan, andere ook

naturapolissen (hoofdstuk 5). En bij sommige labels kunt u alleen een polis

afsluiten via het internet; vaak zijn dit goedkopere polissen die zich specifiek

richten op jongeren en/of studenten.

Weer andere labels zijn op bepaalde doelgroepen gericht. Energiek

bijvoorbeeld, een label van zorgverzekeraar ENO, richt zich specifiek

op vrouwen. Pro Life (van Zilveren Kruis Achmea) heeft een christelijke

achtergrond, en vergoedt geen behandelingen die het leven beëindigen of

ingrijpend veranderen. Het heeft hiervoor specifieke toestemming van het

ministerie van VWS. Promovendum (van VGZ) richt zich op middelbaar en

hoger personeel, hoger opgeleiden, hbo’ers en academici. VvAA (van ONVZ) is

er specifiek voor zorgprofessionals.

De lijst van merken/labels is te uitgebreid om hier compleet weer te geven.

Wilt u er helemaal in duiken, om zo de (basis- en aanvullende) polis te vinden

die precies bij u past, dan is http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2015/

Zorgthermometer%20nr14/#8 een goed vertrekpunt. Hier staan alle labels op

een rij.

**Tot slot: alle opties op een rij**

**Met de informatie in deze Keuzegids Zorgverzekering 2016 komt u**

**goed beslagen ten ijs, mocht u daadwerkelijk besluiten om, uiterlijk op**

**31 december, uw huidige zorgverzekering op te zeggen of aan te passen.**

**U heeft dan nog tot 1 februari de tijd om een nieuwe zorgverzekering**

**af te sluiten. Voor de basisverzekering bent u hiertoe verplicht.**

U heeft hierbij een aantal opties. Elke optie is in een apart hoofdstuk

in deze keuzegids uiteengezet. U bent hiermee op hoofdlijnen goed

geïnformeerd, wat een goed houvast biedt als u zich gaat verdiepen in alle

precieze mogelijkheden en details waar u dan vervolgens mee te maken

krijgt, zoals polisvoorwaarden en premies. Of u dit laatste nou doet via een

vergelijkingssite. Via een ‘collectiviteit’. Of gewoon zelf en direct, door bij

zorgverzekeraars informatie in te winnen, te vergelijken en af te wegen.

Tot slot nog één keer die opties op een rij, met de hoofdpunten waar u in elk

geval op moet letten.

**Basispolis**

• Ook nu bent u al (verplicht) verzekerd voor het basispakket in de

 zorgverzekering. Bent u hierover zonder meer tevreden, check ook dan wat

 de veranderingen zijn. Verder hoeft u niets te doen. Uw basisverzekering

 wordt dan gewoon voor opnieuw één jaar verlengd.

• Wilt u uw basispolis veranderen, dan kan dit in drie varianten (en bij alle

 varianten geldt dat een zorgverzekeraar een acceptatieplicht heeft):

1. U bent tevreden over de inhoud van de polis, maar gaat op zoek naar

een andere zorgverzekeraar die een vergelijkbare polis biedt voor een

 lagere premie.

 2. U wilt de inhoud van de polis aanpassen, maar wel bij uw huidige

 zorgverzekeraar blijven.

 3. U wilt de inhoud van de polis aanpassen én die bij een andere

 zorgverzekeraar afsluiten.

• De voorwaarden van uw basispolis aanpassen, kan op twee hoofdpunten.

 U kunt, ten eerste, kiezen tussen een restitutiepolis, een combinatiepolis,

 een naturapolis of (normaal gesproken de goedkoopste optie) een

 budgetpolis. De tweede keuze betreft het vrijwillige eigen risico: in ruil

voor een premiekorting kunt u hiervoor kiezen tot een bedrag van

maximaal 885 euro eigen risico per jaar (in plaats van het wettelijk

geregelde minimum van 385 euro).

**Aanvullend verzekeren**

• Bij aanvullende verzekeringen, voor bijvoorbeeld tandartszorg of

fysiotherapie, is uw eerste punt van aandacht: héb ik die al? Zo ja, en als u

 verder hiermee tevreden bent, dan hoeft u opnieuw niets te doen en wordt

 deze aanvullende verzekering automatisch voor weer een jaar verlengd.

• Wilt u een of meer van uw aanvullende verzekeringen aanpassen, bij uw

 huidige zorgverzekeraar, houd er dan rekening mee dat die, anders dan bij

 de basisverzekering, voor aanvullende polissen géén acceptatieplicht heeft.

 Een weigering is dus mogelijk. Of de (nieuwe) premie kan onaangenaam

 hoog uitpakken.

• Weigering en/of wel érg hoge premies zijn ook mogelijk als u een of meer

 nieuwe aanvullende verzekeringen wilt afsluiten. Als een zorgverzekeraar

 u een ‘verhoogd risico’ vindt, op grond van bijvoorbeeld uw leeftijd of uw

 gezondheidstoestand, dan kan die obstakels opwerpen.

• Wilt u met uw aanvullende verzekering(en) liever naar een ándere

 zorgverzekeraar, die misschien betere voorwaarden biedt, zeg dan bij

 uw huidige zorgverzekeraar pas op nádat u elders naar tevredenheid die

 nieuwe verzekering heeft kunnen afsluiten. Want ook die eventuele nieuwe

 verzekeraar heeft immers geen acceptatieplicht.

• U kunt er ook voor kiezen om aanvullend verzekerd te zijn (of te blijven)

 bij een andere zorgverzekeraar dan die waar u voor de basispolis bent

 verzekerd. Maar hier kunnen nadelen aan verbonden zijn.

• De Nederlandse zorgverzekeraars zijn van plan om de toelating tot

 aanvullende verzekeringen op een aantal punten te versoepelen. Maar hoe

 en wanneer precies, moet eerst worden afgewacht.

**Korting**

• Als u zich aansluit bij een ‘collectiviteit’, een georganiseerde groep

 van verzekerden, dan kunt u voor een basispolis een premiekorting

 tot maximaal 10 procent krijgen. Vaak is dan ook korting mogelijk bij

 aanvullende verzekeringen.

• Misschien bént u al verzekerd via zo’n collectiviteit, maar voor de zekerheid

 kan een check nooit kwaad.

• Voor het aansluiten bij een collectiviteit zijn er verschillende opties. Soms

 kunt u dit bij uw werkgever doen. Ook kan het bij allerlei verenigingen,

 clubs, belangenorganisaties. Het kan bij patiëntenorganisaties. En ook via

 vergelijkingssites kunt u collectiviteitskorting krijgen.

**Zorgtoeslag**

• Is uw bruto jaarinkomen lager dan een bepaald maximum, dan heeft u

 recht op een tegemoetkoming in de kosten van de basisverzekering.

 Die is in 2016 maximaal 1.013 euro voor een alleenwonende, en maximaal

 1.935 euro voor een meerpersoonshuishouden. U moet de zorgtoeslag wel

zelf aanvragen, via [www.belastingdienst.nl/toeslagen](http://www.belastingdienst.nl/toeslagen).

**Kinderen en ouderen**

• Voor kinderen tot 18 jaar is de basisverzekering gratis. Bij sommige

 zorgverzekeraars mogen ze ook gratis deelnemen aan aanvullende

 verzekeringen van de ouders. U moet uw kind wél als verzekerde

 aanmelden voordat het 4 maanden oud is.

• Voor wie 65 jaar wordt, verandert in principe niet veel. De premie voor de

 basispolis maakt geen onderscheid naar leeftijd. Wel kan het zijn, dat bij

 aanvullende verzekeringen de premies hoger worden.

**Buitenland**

• Niet alle zorgkosten die u in het buitenland maakt, worden vanuit uw

 Nederlandse basisverzekering vanzelf voor 100 procent vergoed. Ook niet

 voor spoedeisende zorg, en ook niet overal in Europa. Dit wordt vaak

onderschat, wat het risico met zich meebrengt van onverwacht hoge eigen

(bij)betalingen.

• Wees daarom altijd goed geïnformeerd over mogelijke kosten en

 vergoedingen in landen waar u naartoe gaat, zeker als u voor langere tijd

 op reis gaat. En kijk goed naar de mogelijkheid om financiële risico’s te

beperken met aanvullende verzekering.

•Als u speciaal naar een ander land gaat om daar een specifieke behandeling

 of ingreep te ondergaan, en u wilt dat de kosten hiervan vergoed worden,

 overleg dan altijd vóóraf met uw zorgverzekeraar.

**Online checklist van NPCF helpt bij uw keuze**

Naast de Keuzegids Zorgverzekering maakt Patiëntenfederatie NPCF ieder

jaar samen met andere patiëntenorganisaties een handig en praktisch

online-keuze-instrument. Op de website van de Checklist Zorgverzekeringen

2016 kunt u zelf aangeven welke zorg u nodig heeft. Daarna krijgt u een

persoonlijke checklist, met tips en uitleg die u kunt gebruiken om de polissen

van zorgverzekeraars met elkaar te vergelijken. Kijk op www.checklist.npcf.nl.

**Verklarende woordenlijst**

**Aanvullende verzekering**

Met een (vrijwillig af te sluiten) aanvullende zorgverzekering kunt u een vergoeding

krijgen voor medische kosten die niet tot het basispakket behoren. Bekende voorbeelden

zijn fysiotherapie en de tandarts.

**Acceptatieplicht**

Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dit wil zeggen dat ze alle verzekerden, ongeacht leeftijd of

gezondheidstoestand, moeten accepteren. Ze mogen ook geen financieel onderscheid

maken tussen de ene verzekerde en de andere.

**Advertentiesites**

Soort van pseudo-vergelijkingssites, waar u niet eerst kunt kiezen en vergelijken op basis

van uw persoonlijke situatie en voorkeuren, maar meteen wordt doorgeschakeld naar een

zorgverzekeraar.

**Basispakket**

De Zorgverzekeringswet regelt dat iedere Nederlander is verzekerd van noodzakelijke

medische zorg. Wat hieronder wordt verstaan, is vastgelegd in het basispakket.

Dit basispakket, ook wel basisverzekering genoemd, is een verzekering die verplicht is

voor iedereen.

**Basispolis**

Dit is de polis voor het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Inhoudelijk zijn alle

basispolissen hetzelfde: ze bieden allemaal dekking voor hetzelfde pakket. Maar de

premie kan verschillen per verzekeraar; en kan verschillen per variant basispolis, vooral op het punt van keuzevrijheid van zorgaanbieders.

**Basisverzekering**

Synoniem voor basispakket.

**Budgetpolis**

Dit is een (vaak wat goedkopere) variant basispolis waarbij de verzekerde alléén onbeperkt toegang heeft tot zorgaanbieders waarmee de verzekeraar een contract heeft. Gaat u als verzekerde naar een zorgaanbieder die niet binnen de budgetpolis is gecontracteerd, dan betaalt u een eigen bijdrage.

**Collectiviteit**

Een collectiviteit is een groep mensen die - bijvoorbeeld via een werkgever of een vereniging - gezamenlijk een zorgverzekering afsluit. Binnen zo’n collectieve zorgverzekering sluit de verzekeraar de individuele polissen gewoon af met verzekerden afzonderlijk. Het voordeel van een collectiviteit is een premiekorting tot maximaal tien procent.

**Combinatiepolis**

Dit is een verzekeringsvorm die een combinatie biedt van de restitutiepolis en

de naturapolis. De verzekerde heeft voor één deel van de medische zorg vrije keuze

uit alle zorgaanbieders; maar is voor een ander deel aangewezen op gecontracteerde

zorgaanbieders. Kiest u voor een zorgaanbieder die buiten dat gecontracteerde pakket valt, dan betaalt u een eigen bijdrage.

**Eigen risico**

Zie verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico.

**Gecontracteerde zorg**

Alle zorg waarvoor de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten met een Verklarende woordenlijst zorgaanbieder. De zorgverzekeraar vergoedt u als verzekerde, bij elke variant basispolis, de volledige zorgkosten die u maakt zolang u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder.

**Inkomensafhankelijke bijdrage**

Iedere meerderjarige betaalt een percentage van zijn inkomen (tot een maximumgrens)

als bijdrage voor de zorg. Deze bijdrage loopt via werkgever, uitkeringsinstantie of

Belastingdienst, en staat los van de zorgpremie die u direct betaalt aan de verzekeraar bij wie u een verplichte basispolis heeft.

**Labels**

Nederland telt negen zorgverzekeraars, maar die brengen wél bijna allemaal verschillende

merken (ofwel labels) zorgverzekeringen op de markt. In totaal zijn er meer dan vijftig labels.

**Naturapolis**

Bij een naturapolis betaalt de zorgverzekeraar de rekeningen rechtstreeks aan de

zorgaanbieder. De verzekerde kan alléén naar zorgaanbieders waar de zorgverzekeraar

een contract mee heeft. Wilt u toch door een andere zorgverlener worden geholpen,

dan hoeft de verzekeraar niet alle kosten te vergoeden.

**Nominale premie**

Het bedrag dat u per maand voor uw basispolis betaalt.

**Pakketinhoud**

De pakketinhoud is het geheel van alle zorg die door een verzekeringspolis wordt gedekt. Het overzicht van alle zorg die tot het basispakket behoort, is te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl). De pakketinhoud van de aanvullende verzekeringen bepalen zorgverzekeraars elk voor zich.

**Planbare zorg**

Alle zorg die wel noodzakelijk is, maar niet spoedeisend of acuut. Meestal is sprake

van verwijzing door de huisarts. Die geeft een verwijsbrief voor behandeling door een

medisch specialist in het ziekenhuis.

**Preferentiebeleid**

Als op een geneesmiddel het patent is verlopen, mogen behalve de oorspronkelijke fabricant ook andere farmaceutische bedrijven dit (na) maken. De zorgverzekeraar vergoedt hiervan dan alléén het preferente middel. In de praktijk is dit meestal het goedkoopste middel dat op de markt is. De patiënt kan hetzelfde middle dan alleen van een andere fabrikant krijgen als hiervoor een medische noodzaak is, of als hij er

zelf voor bijbetaalt.

**Restitutiepolis**

Dit is de variant basispolis waarbij u er als verzekerde in principe geen rekening mee

hoeft te houden of uw zorgverzekeraar wel of niet een contract heeft afgesloten met

de zorgaanbieder die u bezoekt. U krijgt de medische kosten die binnen uw verzekerde

pakket vallen, veelal volledig vergoed.

**Risicoselectie**

Hierop rust binnen de basisverzekering een verbod. Een zorgverzekeraar heeft dus niet het

recht om iemand een polis te weigeren of een hogere premie te eisen, vanwege bijvoorbeeld leeftijd of gezondheidstoestand. Er is een acceptatieplicht.

**Risicoverevening**

Door de acceptatieplicht voor de basisverzekering, kan het voorkomen dat de ene zorgverzekeraar in een bepaald jaar veel meer ‘dure’ verzekerden heeft dan de andere, en dus ook veel hogere kosten. Om dit te voorkomen, is er risicoverevening: een financiële compensatie, betaald door verzekeraars met juist veel ‘goedkope’ klanten.

**Uitkomstbekostiging**

Zowel de overheid als de zorgverzekeraars streven ernaar om de beloning van zorgaanbieders meer te koppelen aan de feitelijke, meetbare resultaten van een behandeling of ingreep. Dus belonen op basis van uitkomsten, in plaats van op het doen van ‘verrichtingen’ als zodanig.

**Vergelijkingssites**

Ook wel zorgvergelijkers genoemd, zijn dit websites waar u niet alleen terechtkunt voor

het vergelijken van zorgpolissen, op basis van uw eigen voorkeur en situatie, maar waar u dan ook direct een gekozen polis kunt afsluiten. De vergelijkingssite krijgt provisie van de

verzekeraar.

**Vermogenstoets**

De zorgtoeslag is niet alleen bedoeld voor mensen met lage(re) inkomens, er is ook een

grens aan het persoonlijk vermogen waarboven geen recht meer op een zorgtoeslag bestaat.

**Verplicht eigen risico**

Het jaarlijkse bedrag dat iedere verzekerde vanaf 18 jaar zelf moet betalen voor verleende

zorg, voordat hij aanspraak kan maken op zijn basisverzekering. In 2016 bedraagt dit wettelijk verplichte eigen risico 385 euro. Onder andere huisartsenzorg valt niet onder het eigen risico.

**Volumenorm**

Niet alleen overheid en zorgverzekeraars streven naar steeds betere kwaliteit van

zorg, ook de medische-beroepsgroepen doen dit. Bijvoorbeeld door af te spreken dat een

zorgaanbieder een bepaalde verrichting (zoals een borstkankeroperatie) alleen mag doen bij een minimumaantal per jaar.

**Vrije artsenkeuze**

Het recht om bij iedere variant basispolis, inclusief de goedkoopste budgetpolis, nooit

meer dan zo’n kwart van de kosten zelf te hoeven bijbetalen. Dit ook bij een orgaanbieder

met wie de verzekeraar geen contract heeft. In de nieuwe plannen van minister Schippers

wordt dit recht bekrachtigd.

**Vrijwillig eigen risico**

Bovenop het wettelijk verplichte eigen risico van 385 euro per jaar, kunt u er zelf voor kiezen om nog een extra eigen risico te nemen van maximaal 500 euro per jaar. Dit in ruil voor een lagere premie voor de basispolis.

**Werelddekking**

Ook in het buitenland bent u, zij het mét bepaalde beperkingen, gedekt door de polis

van uw Nederlandse basisverzekering. Die dekking geldt voor alle landen ter wereld,

Beleidsplannen om dit te beperken tot Europa blijven vooralsnog in de koelkast.

**Zorginkoop**

Zorgverzekeraars willen graag afspraken maken met zorgaanbieders, over de te leveren zorg. Die inkoop wordt gezien als een strategisch instrument bij het realiseren, voor de eigen verzekerden, van zorg die goed van kwaliteit én van prijs is.

**Zorgtoeslag**

Wie een niet al te hoog inkomen heeft, krijgt van de overheid een financiële compensatie

voor de kosten van de basispolis en het verplichte eigen risico. Die toeslag varieert

met het inkomen en met de samenstelling van het huishouden. De zorgtoeslag moet u zelf

aanvragen, bij de Belastingdienst.

**Zorgvergelijkers**

Synoniem (beetje ongelukkig gekozen) voor vergelijkingssites.

**Zorgverzekeringswet**

De wet die sinds 1 januari 2006 een aantal hoofdlijnen bepaalt van het Nederlandse

zorgstelsel, vooral wat betreft de voor iedereen wettelijk verplichte basisverzekering.

**Gebruikte afkortingen**

**ACM** Autoriteit Consument & Markt

**AFM** Autoriteit Financiële Markten

**AWBZ** Algemene wet bijzondere ziektekosten

**KNGF** Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

**KNMT** Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

**NPCF** Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

**NZa** Nederlandse Zorgautoriteit

**VWS** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Wlz** Wet langdurige zorg

**Wmo** Wet maatschappelijke ondersteuning

**ZBC** Zelfstandig behandelcentrum

**ZN** Zorgverzekeraars Nederland

**Zvw** Zorgverzekeringswet

Een op de vijf mensen heeft moeite een goede zorgverzekering te kiezen.

En weet vervolgens ook niet welke polis voor de basisverzekering hij of zij nu

heeft. Er zijn teveel polissen, het is te ingewikkeld en mensen krijgen te weinig

informatie om echt goed te kunnen kiezen. Deze gids van Patiëntenfederatie

NPCF wijst u de weg in het doolhof van polisland met heldere, betrouwbare

en onafhankelijke informatie. De informatie is zeer actueel en gebaseerd op

de plannen die het kabinet op Prinsjesdag 2015 presenteerde. Verder leest u

praktische tips voor het kiezen van de juiste zorgpolis. U krijgt op heldere wijze

uitgelegd hoe het zorgstelsel in elkaar zit. En welke regels voor u belangrijk zijn.

Met de kennis uit de Keuzegids op zak, kunt u voor 2016 de zorgpolis kiezen die

het beste bij u past.

Patiëntenfederatie NPCF maakt zich sterk voor alle mensen die zorg nodig

hebben, nu of in de toekomst. Zij geeft patiënten een stem: in de spreekkamer,

in de politiek, bij de zorgverzekeraar en in het nieuws. De Keuzegids is in

opdracht van Patiëntenfederatie NPCF geschreven door Flip Vuijsje en

Frank van Wijck.

**“De Keuzegids Zorgverzekering is onmisbaar voor iedereen die in december**

**op zoek wil gaan naar een betere of goedkopere zorgverzekering.**

**De Keuzegids biedt heldere en actuele informatie. De gids is ook handig**

**voor iedereen die wil weten waar het geld vandaan komt waarmee artsen,**

**ziekenhuizen en geneesmiddelen worden betaald.”**

Wim Groot, Hoogleraar gezondheidseconomie Universiteit Maastricht

**www.npcf.nl**