Keuzegids Zorgverzekering 2016

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

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

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*).

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*).

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.

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

Keuzegids Zorgverzekering 2016

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

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

Inhoud

Voorwoord 6

Over deze gids: inzicht in hoofdlijnen 8

1 Wat verandert er in 2016? 10

2 Overstappen van zorgverzekeraar: 13
hoe doet u dit, en tot welke datum kan dat precies?

3 De kernpunten van ons zorgstelsel: 16
wat u in élk geval zou moeten weten

4 De basisverzekering: 19
wat valt hier precies wel en niet onder?

5 Soorten en maten in basispolis: 22
vier soorten polis, dus behoorlijk ingewikkeld

6 Nieuwe plannen van de minister: 27
afschaffing vrije artsenkeuze van de baan

7 Eigen risico: 30
u kunt voor een deel zelf bepalen hoe hoog

8 Aanvullend verzekeren: 33
waarvoor, wanneer en voor wie is dit zinvol?

9 Collectiviteiten: 37
aansluiten levert bijna altijd premiekorting op

10 **Vergelijkingssites:** 40
wat doen die voor u, en hoe werken ze precies?

11 **De zorgtoeslag:** 44
voor wie, hoe hoog, en hoe regelt u die?

12 **Inkomensafhankelijke bijdragen:** 47
rechtstreeks via de belastingen

13 **Onder de 18 en 65-plus:** 51
speciale dingen om te weten

14 **Chronisch ziek zijn en verzekeren:** 54
goed op details letten.

15 **In het buitenland:** 58
worden uw zorgkosten ook dan vergoed?

16 **Regierol voor de zorgverzekeraars:** 62
zorginkoop op basis van kwaliteit

17 **Zorgverzekeraars op een rij:** 66
negen concerns, tientallen labels

Tot slot: alle opties op een rij 68

Verklarende woordenlijst 72

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

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

1

Hoofdpunten:
- Basispremie gemiddeld iets hoger dan in 2015.
- Wettelijk verplicht eigen risico 10 euro hoger.
- Zorgtoeslag bij vooral lage inkomens iets hoger.

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 veranderingen in 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.

2

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

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

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 héeft, 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.

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.

3

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.

4

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 van keuze 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

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

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

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

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

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

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.)

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.

5

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.

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 niet-gecontracteerde 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

➜ ‘Budgetpolissen’ zijn nog eens éxtra goedkoop.

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.

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 online-dienstverlener.
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 niet-gecontracteerde 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'.)

6

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.

Nieuwe plannen van de minister

→ De minister blijft zoeken naar manieren om lonend te maken dat wordt gekozen voor zorg van de beste kwaliteit.

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.

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.

7

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.

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

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

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

zorgkostenrekening kunt betalen zonder hierdoor in financiële problemen te komen.

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.

8

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.

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?

→ Ingewikkeld wordt het als u voor de basispolis een nieuwe verzekeraar neemt, maar voor een aanvullende polis bij uw oude wilt blijven.

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.

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

sterke mate 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.

9

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.

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?

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

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.

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.

10

Hoofdpunten:
- Vier van de tien mensen gebruikt ze.
- In principe 'nuttig middel'.
- Sommige dingen kunnen nog beter.

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?'

11

Hoofdpunten:
- Alleen bij lage(re) inkomens.
- Hoe lager het inkomen, hoe hoger de toeslag.
- Meerpersoonshuishoudens krijgen hogere toeslag.
- Wel zelf aanvragen.

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

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.

12

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.

Inkomens-afhankelijke 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

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

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.

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 vermogens-inkomensbijtelling.

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.

13

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.

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?

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

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.

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

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.

14

Hoofdpunten:
- Acceptatie voor basispolis geen probleem.
- Aanvullend verzekeren soms een probleem.
- Hierdoor soms lastig veranderen van verzekeraar.
- Onderwerp van publieke discussie.

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).

→ Aanvullend verzekeren kán bij een chronische aandoening lastig of extra duur zijn.

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').

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.

15

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.

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

→ Ook bij spoedeisende zorg is er altijd het risico dat niet alle kosten worden vergoed.

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.

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.

→ Voor behandeling naar het buitenland? Altijd vooraf afstemmen met uw zorgverzekeraar.

- 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.

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.

16

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.

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). Medisch-wetenschappelijke 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

→ Gevolg is dat u steeds betere zorg krijgt, waar mogelijk dichter bij huis.

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.

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.)

17

Hoofdpunten:
- Eerst ‘grote vier’, dan pas de rest.
- Negen concerns, met samen tientallen ‘merken’.

Zorgverzekeraars op een rij

Hoeveel verzekeraars zijn er eigenlijk in ons land? En welke zijn de grootste, en wat hoort bij wie?

De ‘grote vier’ hebben samen bijna negentig procent van de markt in handen.

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.

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.

Patiënten federatie NPCF
samen de zorg beter maken

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.

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

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*. 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 fabrikant 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 middel 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 zorgaanbieder 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

9 789462 981829