

Vragen en antwoorden over zorgverzekeringen 2016

Wat is een zorgverzekering?

Een zorgverzekering is een verzekering waaruit de kosten worden betaald die zijn gemaakt bij het gebruik van zorg.

Welke en hoeveel zorg uit je zorgverzekering kan worden betaald staat in je verzekeringspolis.

De zorgverzekering bestaat uit drie delen:

1. De basisverzekering; deze is voor iedereen in Nederland *verplicht*.
2. Een aanvullende verzekering, deze is *niet verplicht*.
3. Een tandartsverzekering, deze is *niet verplicht*.

Soms zijn 2 en 3 in één pakket verzekerd.

De overheid bepaalt welke zorgkosten uit de basisverzekering betaald worden. De basisverzekering is dus bij iedere verzekeraar hetzelfde. De premie die je voor de basisverzekering moet betalen kan per verzekeraar wel verschillend zijn.

Aanvullende verzekeringen zijn overal anders. Verzekeraars bieden verschillende pakketten aan, met verschillende verzekerde zorgkosten en verschillende premies.

Wat moet ik allemaal betalen?

Maandelijks betaal je premie aan je zorgverzekeraar. De hoogte van deze premie hangt af van de premie die je verzekeraar rekent voor je verplichte basisverzekering, met daarbij opgeteld de premie voor de aanvullende verzekering die je zelf gekozen hebt. Voor een aanvullende verzekering die veel zorgkosten dekt betaal je een hogere premie.

Wat is 'verplicht eigen risico'?

De overheid heeft een bepaald bedrag vastgesteld dat je per jaar zelf voor de zorg moet betalen. Dit bedrag is het 'verplicht eigen risico'. Je betaalt dit alleen als je gebruik maakt van zorg uit de basisverzekering. Het eigen risico voor 2016 is vastgesteld op een maximum bedrag van 385 euro.

Voorbeeld 1: Je hebt van zorg uit de basisverzekering gebruik gemaakt en de totale kosten zijn 85 euro. Deze 85 euro vallen binnen het eigen risico en worden dus niet vergoed door je zorgverzekeraar.

Je eigen risico voor de rest van het jaar is dan nog: $385 - 85 = 300$ euro.

Voorbeeld 2: Je hebt van zorg uit de basisverzekering gebruik gemaakt en de totale kosten zijn 1000 euro. Daarvan zijn 385 euro eigen risico (dat is het maximale bedrag), die dus niet door de zorgverzekeraar worden vergoed. De overige kosten ($1000 - 385 = 615$ euro) worden uit je basisverzekering vergoed.

Je eigen risico voor de rest van het jaar is: $385 - 385 = 0$ euro.

Wat is de zorgtoeslag?

Om mensen met een kleiner inkomen tegemoet te komen in de kosten van de zorgverzekering heeft de overheid een regeling getroffen. Deze regeling wordt zorgtoeslag genoemd. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de hoogte van het inkomen. Als je 18 jaar of ouder bent en denkt voor de zorgtoeslag in aanmerking te komen moet je die zelf aanvragen bij de belastingdienst. Het formulier wat je daarvoor moet invullen kun je telefonisch bestellen: 0800 0543. Je kunt het formulier ook vinden en invullen op www.toeslagen.nl

Hoeveel fysiotherapie wordt uit mijn zorgverzekering betaald?

Fysiotherapie wordt betaald uit de aanvullende verzekering. Je mag zelf kiezen óf je een aanvullende verzekering afsluit, en wélke aanvullende verzekering je afsluit. Het is dus afhankelijk van de aanvullende verzekering die je kiest, hoeveel behandelingen je per jaar vergoed krijgt.

De zorgverzekeraars stellen per jaar een maximum bedrag vast wat je mag gebruiken voor fysiotherapie. De hoogte van dat bedrag is afhankelijk van welke aanvullende verzekering je kiest. Een duurdere aanvullende verzekering vergoedt vaak meer of duurdere behandelingen.

Niet alle behandelingen zijn even duur. Sommige behandelingen zijn duurder, zoals manuele therapie, oedeemtherapie of behandelingen aan huis. Ook vragen sommige verzekeraars een extra bedrag voor de eerste keer dat je komt.

Een overzicht van de meest recente prijzen is te vinden in de wachtkamer, of vraag ernaar in het kantoor.

Het aantal behandelingen dat je per jaar vergoed krijgt is dus afhankelijk van de kosten van de behandeling en het maximum bedrag dat wordt vastgesteld door de verzekeraar.

Sommige verzekeraars stellen niet een maximum bedrag, maar een maximum aantal behandelingen vast die je per jaar mag gebruiken. In dat geval kun je het maximum aantal behandelingen vinden in je polis.

Het is je eigen verantwoordelijkheid om op de hoogte te zijn van het bedrag of het aantal behandelingen waarvoor je verzekerd bent.

Houd goed in de gaten voor hoeveel behandelingen je verzekerd bent en hoeveel behandelingen je al gehad hebt. Ook behandelingen bij een andere fysiotherapeut of in een andere praktijk in hetzelfde jaar tellen mee. De fysiotherapeut mag geen informatie hierover opvragen bij je verzekeraar. De fysiotherapeut kan alleen inzien welke aanvullende verzekering je hebt afgesloten en wat de prijs is van de behandeling.

Wat nu als ik geen aanvullende verzekering heb, of als het verzekerde bedrag of aantal behandelingen al opgebruikt is?

Als je geen aanvullende verzekering hebt, of je hebt het maximum dat door je aanvullende verzekering wordt vergoed al gebruikt, dan kun je toch gewoon gebruik maken van fysiotherapie. In dit geval moet je zelf de kosten betalen. In onze praktijk worden deze betalingen contant voldaan na iedere behandeling. Pinnen is op dit moment in onze praktijk nog niet mogelijk.

Hoe zit het met chronische aandoeningen?

Chronische aandoeningen zijn gezondheidsproblemen die langer duren dan gemiddeld, of nooit meer over gaan.

Slechts een klein aantal van deze chronische aandoeningen komen in aanmerking voor langdurige fysiotherapie. Welke aandoeningen dit precies zijn wordt bepaald door de overheid.

Het is dus niet zo dat iedereen met langdurige klachten ook in aanmerking komt voor langdurige fysiotherapie!

Mensen met een chronische aandoening die in aanmerking komen voor langdurige fysiotherapie krijgen die niet zomaar. Er is altijd een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist en vaak moet eerst goedkeuring worden gevraagd aan de verzekeraar.

Het aanvragen van de goedkeuring wordt gedaan door de fysiotherapeut.

In 2016 moeten de eerste 20 behandelingen uit de aanvullende verzekering worden betaald.

Als deze 20 behandelingen niet volledig door je aanvullende verzekering worden bekostigd, moet je het resterende bedrag zelf betalen. Vanaf de 21^e behandeling worden de kosten betaald uit de basisverzekering. Onthoud dat voor de basisverzekering jaarlijks nog een eigen risico geldt!

Om chronisch zieken tegemoet te komen in de extra zorgkosten die zij hebben, is de 'Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten' (WTCG) opgesteld. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) verzorgt deze tegemoetkoming. Deze wet geldt echter niet voor alle chronische aandoeningen.

Voor meer informatie hierover kunt u informeren bij het CAK (telefoon 0800 0300) of bij de Rijksoverheid (Postbus 51, telefoon 0800 8051).

Schematisch overzicht:

