

Antwoorden op vragen over de nieuwe zorgverzekering

U kunt als zorgverlener vragen krijgen van uw patiënten over de nieuwe zorgverzekering. Omdat u wellicht niet op al deze vragen direct een antwoord heeft, vindt u op deze kaart een aantal mogelijke vragen met antwoorden. Wanneer u een andere vraag krijgt, en het antwoord op deze vraag niet weet, dan kunt u de patiënt aanraden om te bellen naar het gratis nummer van Postbus 51 (0800 8051) of te kijken op www.denieuwezorgverzekering.nl

Vragen van patiënten en antwoorden die u kunt geven

Mag ik bij mijn verzekeraar blijven?

Ja. Er geldt een automatische overgangsregeling. Deze verloopt als volgt:

- 1** Vóór 16 december 2005 krijgt u een voorstel thuisgestuurd van uw huidige zorgverzekeraar. Het voorstel geldt voor het basispakket en een eventuele aanvullende verzekering. Dit voorstel komt overeen met uw huidige verzekeringsdekking. Het aanbod is tot 1 maart 2006 geldig.
- 2** Bent u tevreden met het voorstel van uw zorgverzekeraar? Dan blijft u vanaf 1 januari 2006 verzekerd bij dezelfde zorgverzekeraar. Voor het basispakket hoeft u dan niets te doen, u bent automatisch verzekerd. Voor de aanvullende verzekering kan de verzekeraar vragen het aanbod te bevestigen.
- 3** Wilt u iets in het aanbod veranderen (bijvoorbeeld het eigen risico, of de aanvullende verzekering), of wilt u naar een andere verzekeraar? Dan moet u dat vóór 1 maart 2006 aan uw oude verzekeraar laten weten.
- 4** Als u de verzekering vóór 1 maart 2006 hebt opgezegd, dan moet u uiterlijk 1 mei 2006 een nieuwe verzekering hebben afgesloten. Bent u na 1 mei 2006 niet verzekerd? Dan kunt u een boete krijgen.
- 5** Als u tussen 1 januari en 1 mei 2006 een zorgverzekering afsluit, bent u altijd met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 verzekerd.

Welke polissen zijn er?

Er zijn verschillende soorten verzekeringspolissen. Bij polissen met gecontracteerde zorg (ook wel natura genoemd) maakt uw verzekeraar afspraken met het ziekenhuis, de huisarts, apotheek of fysiotherapeut over bijvoorbeeld prijs en kwaliteit. Dat kan voor u aantrekkelijk zijn, omdat u dan profiteert van een lagere premie of van een betere service.

Als u kiest voor een polis met gecontracteerde zorg, kunt u ook naar zorgaanbieders gaan waar uw verzekeraar géén afspraken mee heeft gemaakt. Wel bestaat dan in sommige gevallen de kans dat u iets moet bijbetalen. In de praktijk zal dit niet vaak voorkomen, omdat uw verzekeraar met vrijwel alle zorgaanbieders afspraken maakt.

Als u kiest voor een polis met niet gecontracteerde zorg (ook wel restitutie genoemd), heeft u niet te maken met de kans op bijbetaling als u naar de aanbieder van uw keuze gaat. De premie van deze polissen is waarschijnlijk wel hoger dan de naturapolis. Let op het verschil in polissen bij het aanbod van uw zorgverzekeraar!

Tip!

Het is handig om aan de balie een lijst beschikbaar te hebben waarop staat met welke verzekeraars u of uw instelling contracten heeft.

Mag ik zelf kiezen voor ...?

- een specialist in het ziekenhuis?
- een huisarts?
- een apotheek?
- een fysiotherapeut?

Ja. U mag zelf kiezen naar welke specialist, huisarts, apotheek en fysiotherapeut u gaat.

Het kan zijn dat uw verzekeraar geen contract met deze zorgaanbieder heeft. In dit geval kan uw zorgverzekeraar u vertellen wat er van uw behandeling en medicijnen wordt vergoed. Het is verstandig om voorafgaand aan een behandeling bij uw verzekeraar naar de precieze afspraken te informeren.

Als u nog niet bent ingeschreven bij een huisarts, dan is het verstandig om dit wel te doen. Dan bent u verzekerd van huisartsenzorg en kan de huisarts uw medisch dossier beheren.

Ben ik verplicht om mij te verzekeren?

Ja, vanaf 1 januari 2006 is iedere Nederlander wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten.

Wat is het verschil tussen no-claim en eigen risico?

No-claim

In uw premie heeft u € 255 no-claim betaald. Heeft u in een jaar minder zorgkosten dan € 255 gemaakt? Dan krijgt u van uw zorgverzekeraar het verschil tussen € 255 en uw eventueel gemaakte zorgkosten terug.

Bezoekt u in een jaar alleen de huisarts? Of heeft u alleen kraamzorg of een verloskundige nodig? Dan krijgt u € 255 terug. Huisartsenzorg, kraamzorg en hulp van verloskundigen tellen namelijk niet mee voor de no-claimregeling.

Eigen risico

Naast de voor iedereen verplichte no-claim, kunt u bij de nieuwe zorgverzekering ook kiezen voor een eigen risico. Er kunnen eigen risico's zijn van: 0, 100, 200, 300, 400 of 500 euro. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager uw premie. Het is belangrijk dat u een eigen risico kiest dat past bij de hoogte van uw inkomen. Bedenk vooraf goed of u het bedrag echt kunt betalen. Huisartsenzorg, kraamzorg en hulp van verloskundigen tellen wel mee voor het eigen risico.

Voorbeeld

U heeft een eigen risico van € 200 en u ontvangt een ziekenhuisrekening van € 800.

- De eerste € 255 worden betaald van uw no-claim.
- De volgende € 200 aan zorgkosten betaalt u zelf.
- De overige € 345 betaalt de verzekeraar.

Welke zorg zit er in het basispakket van de nieuwe zorgverzekering?

Het basispakket komt overeen met het ziekenfondspakket. Er verandert dus niets in het verzekerde pakket. Het basispakket vergoedt de kosten van het grootste deel van de gezondheidszorg. Wilt u meer zorg dan in het basispakket zit, dan kunt u zich hiervoor aanvullend verzekeren.

Het basispakket vergoedt de kosten voor:

- Geneeskundige zorg, waaronder zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen
- Ziekenhuisverblijf
- Tandheelkundige zorg voor mensen tot 18 jaar. Vanaf 18 jaar worden specialistische tandheelkunde en kunstgebitten vergoed
- Hulpmiddelen, zoals elastische kousen
- Geneesmiddelen
- Kraamzorg
- Ziekenvervoer, bijvoorbeeld per ambulance
- Paramedische zorg (beperkt: fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, ergotherapie en dieetadvies)

Hoe zit het met de vergoeding van de geestelijke gezondheidszorg?

De geestelijke gezondheidszorg wordt in 2006 vergoed zoals dit de afgelopen jaren gebruikelijk was: via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Er verandert voor u in 2006 dus niets aan de vergoedingen voor geestelijke gezondheidszorg.

Geldt de vergoeding van mijn zorgkosten ook als ik van zorgverzekeraar wissel?

Ja. U kunt één keer per jaar van zorgverzekeraar wisselen. U bent bij elke zorgverzekeraar verzekerd van hetzelfde basispakket. U kunt bij de ene zorgverzekeraar goedkoper of duurder uit zijn dan bij de andere. Ook kunnen de kwaliteit van de service en de aanvullende verzekeringen verschillen. U kunt uw lopende behandeling vanaf 1 januari 2006 onder dezelfde voorwaarden voortzetten.

Worden medicijnen nog steeds vergoed?

Geneesmiddelen worden in 2006 vergoed zoals dat gebruikelijk was in 2005.

Ben ik verplicht mij te legitimeren bij een afspraak in het ziekenhuis?

Ja. Als u in het ziekenhuis komt, dan bent u verplicht een verzekeringsbewijs én een wettelijk legitimatiebewijs (paspoort, rijbewijs of identiteitskaart) te laten zien.

Goed om te weten

- Bij vragen van de patiënt over de nieuwe zorgverzekering kunt u verwijzen naar: www.denieuwezorgverzekering.nl of naar Postbus 51, telefoonnummer **0800-8051** (gratis).
- Bij vragen over de contracten van zorgverzekeraars en over de vergoeding van de behandelingen van uw patiënt, kunt u verwijzen naar de eigen zorgverzekeraar van de patiënt.
- Bij vragen over een ziekenhuisfactuur kunt u de patiënt doorverwijzen naar de financiële administratie (op de factuur staat vaak een telefoonnummer vermeld). Daarnaast geeft de standaardbijsluiter bij de factuur (zie ook www.werkenmetdbcs.nl) antwoord op de meest gestelde vragen over de factuur.
- Voor een overzicht van alle zorgverzekeraars, hun voorwaarden en aanbiedingen kan de patiënt vanaf 5 december 2005 terecht op www.kiesbeter.nl