

Ook in 2023 verandert er ook weer het nodige in uw zorgverzekering.

Hieronder leest u alles over de zorgverzekering en de wijzigingen in 2023

De premie stijgt met ongeveer € 10,- naar gemiddeld € 138,- per maand.

De zorgverzekeraars mogen zelf de premie vaststellen. Zij kunnen hun reserves inzetten om de premie te dempen, sommige verzekeraars hebben dit ook weer gedaan. Het inkoopbeleid, inkopen van zorg, kan er ook voor zorgen dat de stijging hoger of lager uitvalt.

Collectiviteitskorting verdwijnt

In 2022 mochten zorgverzekeraars nog maximaal 5% korting geven op de basisverzekering. Per 1 januari 2023 verdwijnt deze korting en mogen zorgverzekeraars geen korting meer geven op de **basisverzekering**.

Aanvullende verzekering:

Bij een aanvullende verzekering is korting nog wel toegestaan. De hoogte van de korting op de aanvullende verzekering mag zelf bepaald worden door de zorgverzekeraar. Kijk in uw ontvangen aanbod van de zorgverzekeraar welke korting zij toepassen op de aanvullende verzekering.

Een collectieve zorgverzekering mag wel blijven bestaan. De enige verandering is dat de korting op een **collectieve basisverzekering** in 2023 is verdwenen.

Eigen risico:

Het verplichte eigen risico van € 385,- blijft ook gelden in 2023. Het eigen risico is bevroren tot 2025. Het eigen risico bedrag van € 385,- blijft dus tot 2025 staan. Vrijwillige verhoging van het te betalen eigen risico tot € 885, tegen een premiekorting blijft mogelijk maar is wel risicovol.

De te betalen eigen bijdrage voor medicijnen blijft ook in 2023 gehandhaafd tot maximaal € 250,-

Herstelzorg na corona

Vanwege de coronapandemie is er sinds 2020 herstelzorg na corona opgenomen in het basispakket. Deze regeling biedt aanspraak op extra vergoedingen. De vergoeding is bedoeld voor mensen die moeite hebben met het herstellen na COVID-19. De vergoeding herstelzorg na corona is tot 1 augustus 2023 verlengd.

Vitamine D vergoeding verdwijnt

Per 1 januari 2023 verdwijnt vitamine D uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Als u vitamine D nodig heeft, dan wordt dit vanaf 1 januari 2023 niet meer vergoed en zult u deze vitamine zelf moeten betalen.

Combinatietest niet meer vergoed

De combinatietest is in het leven geroepen voor zwangere vrouwen waarbij onderzocht kan worden of er een verhoogde kans is dat uw kindje het down-, of patau-syndroom heeft. Vanaf 1 januari 2023 wordt de combinatietest niet meer vergoed vanuit de basisverzekering.

NIPT test volledig vergoed

Momenteel wordt de NIPT test enkel vergoed bij een medische indicatie (hierbij geldt wel een eigen risico). Zwangere vrouwen die in 2022 een NIPT test uit willen laten voeren zonder medische indicatie, moeten voor de NIPT test nog € 175,- betalen. In 2023 wordt de NIPT test als volgt vergoed:

Per 1 januari 2023: geldt er geen eigen risico meer voor zwangere vrouwen met medische indicatie.

Per 1 april 2023: geldt er geen eigen betaling van € 175,- meer voor zwangere vrouwen zonder medische indicatie.

Verhogingen Zorgtoeslag in 2023

In 2023 gaat de zorgtoeslag met ongeveer € 43,- per maand omhoog naar maximaal € 154,- per maand. Om de hogere zorgkosten te compenseren voor de lage- en middeninkomens, stijgt de zorgtoeslag. Bovendien verhoogt het kabinet de zorgtoeslag eenmalig extra om de algemene koopkracht te verbeteren.

Laatste dag dat u wijzigingen door kunt geven: 31 januari 2023

Misschien beseft u halverwege januari dat u nog een vergoeding mist in uw nieuwe zorgverzekering 2023. In dat geval heeft u tot en met 31 januari 2023 de tijd om nog wijzigingen in uw zorgverzekering aan te brengen. Na 31 januari 2023 is het niet meer mogelijk om wijzigingen door te geven in uw zorgverzekering 2023.

Fysiotherapie:

In 2023 zullen er geen wijzigingen optreden in de aanspraken fysiotherapie bij chronische aandoeningen en blijven vergoed vanuit de basisverzekering.

Bijzondere tandheelkunde:

Voor aanspraken op bijzondere tandheelkunde blijft een voorafgaande toestemming of machtiging een vereiste. Zie daarvoor de gestelde voorwaarden in de ontvangen polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar.

Overstappen:

Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht, echter niet voor de aanvullende verzekering. De verzekeraar mag hier uw inschrijving weigeren. Verder

maken verzekeraars gebruik van “wachttijden”. Dit houdt in dat voor bepaalde soorten van behandeling u enkele maanden of een jaar moet wachten eer een behandeling wordt vergoed. Vaak is ook een verklaring van een zorgverlener benodigd waaruit blijkt dat u gezond bent en er de komende tijd geen “dure” behandelingen zijn te verwachten. Met name voor de tandheelkundige zorg kan dit een probleem vormen bij het overstappen.

Johan Mooi, belangenbehartiging@nvsp.nl