

Wijzigingen Basisverzekeringen 2024:

Eigen risico

Het eigen risico is het bedrag dat je aan zorgkosten uit de basisverzekering betaalt, voordat de verzekeraar overgaat tot vergoeding. Hieronder vallen o.a. kosten van apotheek verstrekkingen, ziekenhuis bezoeken en vanuit de basisverzekering te vergoeden fysiotherapie en bijzondere tandheelkunde.

Huisartsenbezoeken vallen overigens nooit onder het eigen risico.

Eigen risico 2026:

Het eigen risico zal, volgens nu gemaakte regeringsafspraken tot 2026 bevroren blijven. Het verplichte eigen risico is in 2024, net als in 2023 £ 385 euro. Vanaf 2026 zal het eigen risico bedrag vrijwel zeker gaan stijgen. De signalen die daarover tot nu toe zijn ontvangen geven aan dat het bedrag met tenminste 50 euro per jaar zal gaan stijgen naar € 435 per jaar.

Zorgtoeslagen:

Zorgtoeslag is een bijdrage in de kosten voor de zorgverzekering. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen. In 2023 was de zorgtoeslag maximaal 154 euro, dit kwam omdat er eenmalig een verhoging werd toegepast als compensatie voor de energiekosten. In 2024 is de max. Toeslag voor een 1 persoon huishouden op jaarbasis vastgesteld op € 1.523, voor meerpersoonshuishoudens is dit € 2913.

Herstelzorg corona

De regeling paramedische nazorg corona is ook voor het verzekeringsjaar 2024 van toepassing. Long covidpatiënten kunnen daarbij aanspraak maken op fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek.

Valpreventie ouderen: Vergoeding voor fysio en oefentherapie

Voor ouderen die een hoog valrisico en/of onderliggende klachten hebben kunnen een vergoeding krijgen voor een beweegprogramma fysio en oefentherapie. De vergoeding kan alleen worden aangevraagd als het programma wordt begeleid door een fysiotherapeut.

Kraamzorg:

Vanaf 2024 is er meer flexibiliteit in het inzetten van kraamzorg. In overleg met de zorgorganisatie is inzetten van kraamzorg tot 6 weken na de geboorte mogelijk

Betalen zorgpremie:

Het betalen van de zorgpremie is voor veel mensen een uitdaging. Lukt het niet om een factuur in één keer te betalen? Of heeft u een betalingsachterstand? Er is bij de zorgverzekeraars vaak meer mogelijk dan u denkt rondom betalen. Ontstaan er problemen neem dan contact op met de zorgverzekeraar en maak het probleem bespreekbaar. Laat de

betalingsachterstanden niet onnodig oplopen. Zorgverzekeraars staan open voor betalingsregelingen.

Aanvullende verzekeringen:

Aanvullende verzekeringen zijn schadeverzekeringen. Deze verzekeringen en vergoedingen verschillen per verzekeraar. Raadpleeg daarvoor in voorkomend geval de polisvoorwaarden van de gekozen zorgverzekeraar.

Gecontracteerde /niet gecontracteerde zorgverleners

Zorgverzekeraars moeten voor 12 November ieder jaar duidelijk hebben met welke zorgaanbieders zij een zorgcontract hebben afgesloten. Net als voorgaande jaren zijn de verzekeraars er ook nu niet in geslaagd dit te realiseren. De grote verzekeraars hebben nog bijna geen enkel zorgcontract afgesloten voor 2024. Zorgverzekeraars leggen de verantwoordelijkheid daarvoor bij o.a. de ziekenhuizen. Zorgverleners moeten voor 1 september ieder jaar punten voor contractbesprekingen aan leveren. Volgens de zorgverzekeraars gebeurt dit niet of veel te laat. Het kan dus zijn dat er wordt doorverwezen naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar (nog) geen contract heeft.

Controleer daarom altijd en vooraf of de zorgverzekeraar contract heeft met de zorgverlener, ook als je naar het ziekenhuis gaat !.

Wat is niet-gecontracteerde zorg?

Zorgverleners sluiten vaak contracten met zorgverzekeraars. Hierin worden allerlei afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over de vergoeding van zorg en prijzen van behandelingen.

Wat merk ik als patiënt van niet-gecontracteerde zorg?

Ga je naar een zorgverlener waar jouw verzekeraar geen contract mee heeft afgesloten? Dan bestaat de kans dat je een deel van de rekening zelf betaalt. De zorgverlener heeft met de zorgverzekeraar namelijk geen afspraken gemaakt over de prijzen van behandelingen. Als je een deel van de rekening zelf moet betalen, gaat dit niet van je eigen risico af. Het deel dat je zelf betaalt, is afhankelijk van je zorgpolis. Heb je een natura of budgetpolis? Dan wordt er ongeveer 70% van het marktconforme tarief vergoed, en betaal je 30% zelf. Heb je een zuivere restitutiepolis? Dan wordt gewoon alles vergoed, ongeacht of er een contract is afgesloten. Laatstgenoemde polissen worden overigens steeds minder aangeboden.

Overstappen naar nieuwe zorgverzekeraar:

Als je besluit over te stappen naar een nieuwe zorgverzekeraar houdt er dan rekening mee dat er voor aanvullende verzekeringen er door de nieuwe verzekeraar en gezondheidsverklaring kan worden gevraagd. Zeker voor Sjögren patiënten die door de chronische en systemische aandoening(en) een grotere zorgvraag kunnen hebben. Denk bijvoorbeeld aan te verwachten tandheelkundige kosten of langdurige fysiotherapie. Voor de basisverzekering mogen zorgverzekeraars je niet weigeren, voor de aanvullende verzekeringen dus wel. Ook kunnen ze een wachttijd hebben opgenomen in de polisvoorwaarden. Kijk dus vooraf na wat er daarover in de voorwaarden staat of neem vooraf contact op met de nieuwe verzekeraar van je keuze.

Lopende machtigingen /toestemming:

Heb je een machtiging gekregen van je oude verzekeraar voor zorg uit het basispakket en wil je overstappen? Dan wordt deze machtiging overgenomen door je nieuwe zorgverzekeraar. Dit geldt alleen voor de periode dat deze machtiging geldig is.

Is het een machtiging voor zorg uit de aanvullende verzekering? Dan wordt per situatie bekeken of deze machtiging wordt overgenomen. Niet alle aanvullende pakketten zijn namelijk hetzelfde.

Johan Mooi

Belangenbehartiging@nvsp.nl