



Onderzoek: Zorgverzekeringsstelsel voor velen ondoorgrondelijk

**Ons zorgverzekeringsstelsel is voor veel Nederlanders niet duidelijk. Hoe werkt het eigen risico en hoe hoog is deze? Wat valt nu exact onder de basisverzekering en dekt een zorgpakket alle zorgkosten die een consument maakt? Wij leggen het voor u(w relaties) uit.**

Het AD publiceerde een onderzoek dat gehouden is onder 1000 consumenten. De belangrijkste resultaten uit het onderzoek over zorgverzekeringen:

\*27 procent van de verzekerden die onaangenaam werden verrast door hun jaarlijkse zorgkosten hadden geen rekening gehouden met het verplichte eigen risico;

\*44 procent zegt niet te weten wat voor basisverzekering hij/zij heeft;

\*De meesten kennen het verschil niet tussen een natura- en een restitutiepolis;

\*Liefst 44 procent had geen idee dat, bij bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis, eerst het eigen risico (€ 385,-) aangesproken dient te worden.

### **Belangrijke informatie**

Ons zorgverzekeringsstelsel is wellicht wat complex, maar met de kennis van een aantal belangrijke zaken komen consumenten al een heel eind. [Het bekijken van de video gemaakt door UPIVA](#) maakt ook al een hoop duidelijk.

### **1. Basisverzekering/aanvullende verzekering**

Iedere Nederlander moet verplicht een basisverzekering afsluiten en iedere zorgverzekeraar heeft acceptatieplicht en mag dus niemand weigeren.

De aanvullende verzekering en tandverzekering is een extra optie die de consument heeft. Dit betreft vergoedingen die niet in het basispakket zitten. Denk hierbij aan: tandarts, alternatieve zorg, fysiotherapie, brillen en lenzen.

### **2. Inhoud basisverzekering**

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering. De basisverzekering vergoedt de belangrijkste zorg. Een bezoek aan de huisarts, ziekenhuisopname, een rit met de ambulance, tandartskosten voor kinderen tot 18 jaar en kraamzorg maken hier onderdeel van uit.

### **3. Restitutiepolis/naturapolis**

Bij de restitutiepolis moet u over het algemeen zelf de rekening doorsturen naar de verzekeraar. Bij dit type polis hebt u volledig vrije zorgkeuze. U kunt dus zelf kiezen naar welke zorgverlener u gaat. Het maakt dus niet uit of de zorgverlener een contract heeft afgesloten met de zorgverzekeraar. Let op: Volledige vergoeding kent ook grenzen. Als u van een zorgverlener een overdreven hoge rekening ontvangt, dan moet u mogelijk een deel van de rekening zelf betalen.

Bij de naturapolis is het wél belangrijk dat er een contract bestaat tussen uw zorgverlener en verzekeraar. Als er een contract is, wordt de behandeling gewoon vergoed (conform de voorwaarden). De verzekeraar betaalt dan rechtstreeks de rekening aan de zorgverlener. Als er geen contract is, dan moet je de rekening voorschieten en mogelijk zelfs een deel van de rekening betalen. Om niet voor onaangename verrassingen te komen is het goed om de polisvoorwaarden te bestuderen en na te gaan of een verzekeraar afspraken heeft met bepaalde zorgpartijen, zoals ziekenhuizen in de buurt.



#### **4.Eigen risico/eigen bijdrage**

Ook over het verschil tussen [eigen risico en de eigen bijdrage](#) hebben we een heldere animatievideo gemaakt.

#### **Vragen?**

Bent u als verzekeringsadviseur aangesloten bij UPIVA en uw relaties hebben vragen over hun zorgverzekering, dan helpen wij ze graag. Onze afdeling zorgverzekeringen is voor hen bereikbaar via 088 – 121 0203 & [dakzorg@upiva.nl](mailto:dakzorg@upiva.nl).