

Tips voor het kiezen van de juiste zorgverzekering

Het maken van de juiste keuze voor een zorgverzekering kan een uitdagende taak zijn. Je moet namelijk een inschatting maken van welke medische zorg je naar verwachting in het komende jaar nodig zult hebben. Het is daarbij handig om te weten welke zorg er vanuit de basisverzekering vergoed wordt. Pas wanneer je hier inzicht in hebt, kun je bepalen of het verstandig is om aanvullende verzekeringen te overwegen die aansluiten bij jouw specifieke zorgbehoeften. Natuurlijk blijft het onzeker welke exacte medische zorg je in de toekomst nodig hebt.

Via de zorgvergelijker van UPIVA is het eenvoudig om verschillende zorgverzekeringen met elkaar te vergelijken. Zo kun je de verzekering vinden die het meest geschikt is voor jouw persoonlijke situatie. De medewerkers van UPIVA staan bovendien klaar om je te assisteren en te voorzien van waardevolle tips bij het maken van de juiste keuze voor een zorgverzekering.

▪ **Collectieve zorgverzekering**

Wellicht bestaat er een mogelijkheid om je aan te melden bij een zorgcollectief, bijvoorbeeld via je werkgever. Jouw zorgverzekering is dan in veel gevallen goedkoper.

▪ **Kies de juiste basisverzekering**

Er bestaan diverse typen basisverzekeringen: de naturapolis, restitutiepolis, combinatiepolis en budgetpolis. De onderscheidende elementen van deze basisverzekeringen liggen voornamelijk in de contracten met zorgaanbieders. Let erop dat de budgetpolis de voordeligste optie is, maar de zorgverzekeraar heeft minder contracten met zorgaanbieders. Indien je dan naar een zorgverlener gaat die geen contract heeft, kunnen de medische kosten aanzienlijk oplopen. Deze overeenkomsten gelden overigens uitsluitend voor geplande zorg en niet voor dringende spoedeisende hulp.

▪ **Maak ook een vergelijking voor u alleen**

Vaak streven gezinsleden ernaar om gezamenlijk onder één polis verzekerd te zijn. Dit is praktisch en vergemakkelijkt de betalingen. Niettemin is dit niet altijd de meest voordelige optie. Het kan namelijk zo zijn dat je partner bij een andere verzekeringsmaatschappij gunstigere voorwaarden vindt en/of voordeliger uit is. Indien jullie niet dezelfde behoeften hebben, is het verstandig om individueel elk een vergelijking te maken.

▪ **Tandartsverzekering**

Ben je van plan om een kostbare tandheelkundige behandeling te ondergaan? Dan is het verstandig om allereerst te onderzoeken welke kosten jouw zorgverzekeraar vergoedt. Overweeg eventueel om de behandeling uit te stellen, zodat je aan het einde van het jaar een meer uitgebreide dekking kunt selecteren. Hierdoor ben je wellicht beter voorbereid op de kosten van de behandeling.

▪ **Betalingskorting**

Indien het binnen je financiële mogelijkheden ligt, is het een optie om te besluiten de zorgpremie per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks te voldoen. Sommige zorgverzekeraars bieden namelijk een betalingskorting aan voor deze keuze. De omvang van deze korting kan variëren en is afhankelijk van de specifieke zorgverzekeraar.

- **Medische ingrepen huisarts**

Bepaalde medische procedures kunnen worden uitgevoerd door je huisarts. Het voordeel hiervan is dat je bij de huisarts geen eigen risico hoeft te betalen. Een illustratie hiervan is het inbrengen van een spiraaltje. In dit geval worden uitsluitend de kosten van het spiraaltje in rekening gebracht.

- **Eigen risico**

Voor zorg die onder de basisverzekering valt, geldt een eigen risico. Dit eigen risico houdt in dat je een vast bedrag per jaar zelf dient te betalen voordat je zorgkosten worden vergoed door je zorgverzekeraar.

Het standaard eigen risico bedraagt €385,- en is voor iedereen gelijk. Je hebt echter de optie om je eigen risico vrijwillig te verhogen. Dit kan in stappen van €100,- tot een maximum van €885,-. Als je verwacht weinig zorgkosten te hebben, kun je ervoor kiezen om je eigen risico te verhogen. Dit heeft als voordeel dat je lagere zorgpremies betaalt. Houd er echter rekening mee dat als je je eigen risico verhoogt tot €885,- en je toch hoge zorgkosten hebt, je dit bedrag zelf zult moeten betalen. In veel gevallen is het mogelijk om het eigen risico in termijnen te voldoen.

- **Verzeker je kind bij de ouder met de hoogste dekking**

Kinderen jonger dan 18 jaar worden zonder extra kosten meeverzekerd voor de basisverzekering. Ze worden op dezelfde dekking meegenomen als die van de hoofdverzekerde of de ouder met de meest uitgebreide verzekering. Dit geldt doorgaans ook voor aanvullende verzekeringen. Niettemin brengt een enkele zorgverzekeraar wel kosten in rekening voor kinderen onder de 18 jaar.

In gevallen waarin beide ouders afzonderlijke zorgpolissen hebben, is het aan te raden om de kinderen toe te voegen aan de polis van de ouder met de meest uitgebreide dekking. Dit kan voordelig zijn voor zaken zoals orthodontie en fysiotherapie.

- **Medicijnen**

Indien je medicijnen gebruikt en van plan bent om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, is het verstandig om eerst het voorkeursbeleid voor geneesmiddelen te controleren. Veel zorgverzekeraars publiceren op hun website welke medicijnen ze vergoeden.

Het kan voorkomen dat niet alle variaties en merken van een bepaald type geneesmiddel in Nederland door de zorgverzekeraar worden vergoed. Dit is vooral het geval bij geneesmiddelen zoals cholesterolverlagers of maagzuurremmers, waar meerdere fabrikanten dezelfde soort medicijnen aanbieden (generieke geneesmiddelen). Zorgverzekeraars hanteren een voorkeursbeleid voor medicijnen, ook bekend als het preferentiebeleid. Hierbij wijst de zorgverzekeraar binnen een groep gelijksoortige medicijnen met dezelfde werkzame stof een voorkeursmiddel aan.

- **Medische kosten in het buitenland**

De basiszorgverzekering vergoedt medische kosten in het buitenland tot het bedrag dat gangbaar is in Nederland. Indien de kosten in het buitenland hoger zijn dan wat gebruikelijk is in Nederland, is het mogelijk om jezelf hiervoor te verzekeren via je zorgverzekering of je reisverzekering. Het is raadzaam om advies in te winnen bij een adviseur om te bepalen welke oplossing het beste bij jou past. Op deze manier voorkom je dat je dubbel verzekerd bent of onderverzekerd raakt.

- **Wel of geen aanvullende verzekering?**

Indien je in goede gezondheid verkeert en weinig zorgkosten verwacht in het komende jaar, is het raadzaam om te overwegen of je al dan niet een aanvullende verzekering wilt afsluiten. Denk hierbij na over hoeveel je moet betalen voor een aanvullende zorgverzekering en hoeveel je denkt dat je er gebruik van zult maken. Het kan goed mogelijk zijn dat het voordeliger is om sommige kosten zelf te dragen in plaats van een aanvullende verzekering te nemen.

Bijvoorbeeld, bekijk de tandartsverzekering eens. Vaak is het voordeliger om twee keer per jaar een tandartsconsult zelf te betalen dan de kosten van de goedkoopste tandartsverzekering. Dit kan resulteren in aanzienlijke besparingen van tientallen euro's. Het is dus belangrijk om goed te berekenen of de kosten van een aanvullende verzekering opwegen tegen de verwachte zorgkosten en of het wellicht voordeliger is om bepaalde kosten zelf te dragen.

- **Zorgverzekering vanaf 18 jaar**

Zodra iemand 18 jaar wordt, vervalt het recht om gratis meeverzekerd te zijn met de ouders. Vanaf dat moment dienen veel jongeren hun eigen zorgpremie te betalen en een eigen verzekeringspolis aan te vragen. Het is niet verplicht om bij dezelfde verzekeringsmaatschappij als je ouders te blijven. Je hebt de mogelijkheid om, uiterlijk binnen een maand na je 18e verjaardag, een volledig nieuwe zorgverzekering af te sluiten.

Bovendien heb je vanaf de leeftijd van 18 jaar de optie om zorgtoeslag aan te vragen. Als je hiervoor in aanmerking komt, ontvang je maandelijks een bedrag waarmee je een deel van je zorgpremie kunt betalen. Dit kan financiële ondersteuning bieden bij het dragen van de kosten voor je zorgverzekering.

Heb je vragen over bovenstaande tips of wil je liever persoonlijk advies? Geen probleem, wij helpen je graag! Bel onze adviseurs op 088 – 000 83 33. Of stel je vraag per mail via zorg@upiva.nl