

EIGEN RISICO OF EIGEN BIJDRAGE?

7 VRAGEN OVER JE ZORGKOSTEN

Een bezoek aan een huisarts of fysiotherapeut of opname in een verpleeghuis. Soms hoef je niets te betalen en soms ineens heel veel. Hoe zit dat? En hoe kan het dat je eigen risico moet betalen terwijl je niet in het ziekenhuis bent geweest? **Veelgestelde vragen over de zorgkosten.**

1 WANNEER BETAAL JE EIGEN RISICO?

Het eigen risico geldt voor bijna alle zorg uit de basisverzekering. Bij de invoering van het eigen risico, in 2008, betaalde je de eerste €150 aan zorgkosten zelf; tegenwoordig is dat opgelopen tot €385. Het geldt bijvoorbeeld voor medicijnen, ziekenhuisopnamen, operaties en bloedtests.

Kinderen onder de 18 jaar hebben geen eigen risico en ook zorg uit de aanvullende verzekering wordt door de verzekeraar vergoed. En voor bijvoorbeeld huisartsenzorg (waaronder de huisartsenpost), wijkverpleging, verloskundige zorg, een bevalling en kraamzorg betaal je ook geen eigen risico. Ten slotte kunnen verzekeraars nog eigen regelingen hebben, zoals VGZ die geen eigen risico in rekening brengt als je kiest voor diens voorkeursmedicijnen.

2 WAT IS EEN VRIJWILLIG EIGEN RISICO EN IS HET VERSTANDIG DAARVOOR TE KIEZEN?

Bovenop het verplichte eigen risico van €385, kun je kiezen voor een extra eigen risico van maximaal €500. Bij de meeste verzekeraars kan dit in stapjes van €100, waarbij geldt: hoe hoger het eigen risico, hoe meer korting op de premie. Bij sommige verzekeraars loopt deze korting op tot €300 per jaar. De keuze voor een maximaal eigen risico pakt dan dus voordelig uit als je minder dan €685 (€385 + €300) aan zorgkosten maakt. Toch is het niet verstandig om zomaar voor een vrijwillig eigen risico te kiezen; je moet het bedrag wel achter de hand hebben. Ook als je veel zorgkosten uit de basisverzekering verwacht, is het beter om het bij het verplichte eigen risico te laten.

3 IK BEN IN 2017 NIET IN HET ZIEKENHUIS GEWEEST, MAAR KRIJG NU EEN REKENING VOOR MIJN EIGEN RISICO VAN DAT JAAR. HOE KAN DAT?

Deze vreemde situatie kan zich voordoen als er na een ingreep nacontroles nodig zijn, of bij een chronische aan-

WAT EEN GEREKEN

Voor sommige zorg betaal je zowel eigen risico als een eigen bijdrage. Dit geldt bijvoorbeeld bij de aanschaf van een hoortoestel.

Een rekenvoorbeeld. Stel, je wilt een gehoorapparaat kopen van €1000 bij een audicien die afspraken heeft met je zorgverzekeraar. Het eigen risico is €385 en daar heb je nog niets van gebruikt. Ook heb je geen aanvullende verzekering. Wat moet je betalen en wat betaalt de zorgverzekeraar?

Voor hoortoestellen geldt een eigen bijdrage van 25%. In dit voorbeeld is dat dus €250. Er is dan nog €750 over. Dit bedrag wordt verrekend met het openstaande eigen risico. In dit voorbeeld €385. Je betaalt dus €250 + €385 = €635. De verzekeraar neemt de overige €365 voor zijn rekening.

doening. Dit is het best uit te leggen met een voorbeeld. Maarten bezocht in augustus 2016 de dermatoloog. Op dat moment werd de rekening, diagnose-behandelcombinatie (DBC) genoemd, geopend. Deze werd in november 2016 automatisch gesloten, omdat een DBC voor poliklinische, niet-operatieve behandelingen maximaal 90 dagen openstaat. Maar omdat in december een afspraak gepland was, werd er direct een nieuwe DBC geopend. Deze sloot in maart 2017, na 120 dagen. Die termijn geldt voor standaard-DBC's. Omdat Maarten in januari 2018 moet terugkomen, werden er vervolg-DBC's geopend vanaf het sluiten van de vorige (in maart 2017). De eerste loopt tot juli 2017; de volgende tot november 2017. De afspraak van Maarten is pas in januari 2018, dus wordt er ten slotte een DBC geopend van november 2017 tot maart 2018. De afspraak van januari 2018 valt dus in de DBC die in 2017 is geopend. En omdat de startdatum van de DBC bepaalt van welk jaar het eigen risico wordt aangesproken, moet Maarten die van 2017 betalen terwijl hij dat jaar het ziekenhuis van binnen niet heeft gezien.

4 WANNEER BETAAL JE EEN EIGEN BIJDRAGE?

Voor een klein deel van de zorg uit de basisverzekering geldt een eigen bijdrage. Op dit moment voor hoor-toestellen, kunstgebitten, speciale schoenen, pruiken, brillen en contactlenzen, kraamzorg, een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of kliniek, ziekenvervoer en geneesmiddelen. Hoe hoog de eigen bijdrage is en wanneer je die betaalt, wisselt sterk. Zo betaal je per uur kraamzorg aan huis €4,30, voor een kunstgebit voor de onderkaak 10% van de kosten en voor een pruik alle kosten boven de €431.

Voor geneesmiddelen is het helemaal ingewikkeld. Die zijn op basis van hun werking in groepen ingedeeld. Per groep geldt er een maximale ver-

goeding. Is het medicijn duurder, dan betaal je het verschil tussen de prijs en de maximale vergoeding als eigen bijdrage. Vanaf 2019 wordt deze eigen bijdrage gemaximeerd op €250. Wel kun je voor de meeste eigen bijdragen een aanvullende verzekering afsluiten. Voor de volledigheid: dit kan niet voor het eigen risico.

5 ZIJN ER NOG ANDERE INSTANTIES DIE EEN EIGEN BIJDRAGE KUNNEN INCASSEREN?

Naast zorgverzekeraars kan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) een eigen bijdrage incasseren. Dit is dan voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij langdurige zorg gaat het bijvoorbeeld om opname in een verpleeghuis, of de zorg of behandeling van iemand met een lichamelijke of geestelijke beperking. Bij de Wmo gaat het om zorg die door de gemeente wordt geregeld. Die moet de inwoners namelijk ondersteunen bij het zo lang mogelijk thuis blijven wonen en zorgen voor bijvoorbeeld dagbesteding, aanpassingen in de woning en hulp bij het huishouden.

6 HOE HOOG IS DE EIGEN BIJDRAGE VOOR ZORG VAN GEMEENTEN EN VOOR LANGDURIGE ZORG?

Dat is niet zomaar te zeggen. Voor de Wmo wisselt de eigen bijdrage per gemeente, maar ook inkomen, vermogen, leeftijd en gezinssamenstelling spelen mee. Op basis van die gegevens wordt een maximale eigen bijdrage berekend.

» Ga je naar een zorgverlener die geen contract heeft met je verzekeraar, dan kan het zijn dat je een (groot) deel zelf moet betalen

Voor de langdurige zorg wordt naar dezelfde persoonlijke gegevens gekeken. In combinatie met de zorg die nodig is, wordt de eigen bijdrage berekend die maandelijks wordt geïncasseerd. Heb je zowel zorg uit de Wlz als de Wmo nodig, dan vervalt de bijdrage voor de Wmo. Op de website van het CAK (hetcak.nl), de instantie die voor de overheid de regelingen uitvoert, kun je je eigen bijdrage berekenen.

7 MET WELKE KOSTEN KAN IK NOG MEER TE MAKEN KRIJGEN?

Voor de zorgverzekering betaal je premie, maar je kunt ook kosten voor je kiezen krijgen als je gebruiktmaakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Met een restitutiepolis heb je recht op de vergoeding van zorg en maakt het niet uit naar welke zorgverlener je gaat, als hij maar geen buitensporige tarieven hanteert. Met een naturapolis moet je beter opletten. Ga je naar een zorgverlener die een contract heeft met de verzekeraar, dan is er niets aan de hand. Maar ga je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet je meestal een deel van de rekening zelf betalen. Zelfs als een zorgverlener geen buitensporige tarieven rekent, kan dat oplopen tot 35% van de rekening. <<

@ OP ONZE SITE

Kijk voor meer details over het eigen risico of eigen bijdrage op consumentenbond.nl/eigen-risico

SMAAKT DIT NAAR MEER?

Ontdek gratis 2 maanden* lang alle tests en tips van de Consumentenbond.



*) maandelijks opzegbaar, ook tijdens de eerste 2 maanden