

Overstappen van **ZORGVERZEKERING**

De do's & don'ts



Kies de zorgverzekering die het beste bij jouw situatie past

Verzeker niet onnodig veel, maar uiteraard wel voldoende

2024



Sofie

WELKOM

WELKOM

Wat goed dat je je wil verdiepen in je zorgverzekering! Als je goed begrijpt hoe het systeem van zorgverzekeringen werkt kun je veel voordeel behalen én tegelijk goed, of zelfs beter, verzekerd zijn.

Alle premies stijgen in 2024 en het blijkt dat vooral mensen met aanvullende verzekeringen er flink op achteruit gaan. Des te meer reden om kritisch te kijken welke dekkingen je nodig hebt.

Als eerste leg ik uit waarom iedereen elk jaar een blik op zijn zorgverzekering zou moeten werpen. Vervolgens licht ik toe hoe je bepaalt wat jouw vermoedelijke zorgbehoefte in 2024 zal zijn. Als je daarna de verzekeringen gaat vergelijken kun je een aantal keuzes maken. Per keuze leg ik uit wat de overwegingen kunnen zijn.

Deze overstaphulp is onafhankelijk en bedoeld om je aan de optimale zorgverzekering te helpen die perfect past bij jouw situatie.

Dit stappenplan is geschreven voor vergelijkingssite Independer, omdat deze site de meest uitgebreide resultaten geeft.

Wil je een andere vergelijker gebruiken, zoals Zorgkiezer of Easyswitch dan kun je de informatie uit dit document ook prima gebruiken. De onderwerpen worden wellicht in een iets andere volgorde behandeld, maar de overwegingen en toelichtingen blijven hetzelfde.

Heel veel succes!

Sofie

Waarom moet je in ieder geval overwegen om over te stappen van zorgverzekeraar?

Het aanbod én jouw zorgbehoefte wijzigen

De dekkingen van zorgverzekeringen kunnen elk jaar wijzigen. Dus ook als je denkt dat je goed zit bij je huidige verzekeraar weet je niet zeker of het nog de verzekering is die je denkt dat het is. Daarnaast is het goed mogelijk dat jouw eigen zorgbehoefte verandert.

Een paar voorbeelden van veranderende zorgbehoefte:

- Je hebt een chronische ziekte.
- Je hebt veel blessures de laatste tijd, of juist niet meer.
- Je zit psychisch niet lekker in je vel en riskeert een burnout of depressie.
- Je bent van plan om zwanger te worden of je gaat bevallen.
- Je wil je laten steriliseren.
- Je gaat op reis en hebt reizigersvaccinaties nodig.
- Je gaat (mogelijk) gebruik maken van alternatieve zorg. Dit kan zijn in verband met bepaalde lichamelijke klachten waarvoor je een homeopaat, orthomoleculair therapeut, chiropractor, osteopaat of acupuncturist wil bezoeken.

Je kunt veel geld besparen

In 2024 is het verschil tussen de goedkoopste en duurste basisverzekering 402,60 euro per jaar! Daarnaast heeft een groot deel van de Nederlanders te uitgebreide aanvullende verzekeringen. Ook zijn tandartsdekkingen duur en worden lang niet altijd volledig benut.

Ik schreef dit stappenplan om je wegwijs te maken in de wereld van zorgverzekeringen zodat je goed verzekerd bent, maar niet té goed. Je kunt wel betere doelen voor je geld vinden dan onnodig uitgebreid verzekerd te zijn toch?

01

HOOFDSTUK

ZORGBEHOEFTE INSCHATTEN



Sofie ✨

Schat in wat je zorgbehoefte in 2024 is

Helaas hebben we geen glazen bol, dus het blijft een inschatting wat je zorgbehoefte in 2024 zal zijn. Toch kun je veel zorg nu al verwachten. Kijk eens naar de voorbeelden van mogelijke zorgbehoeftes die hierboven beschreven staan.

Kijk eerst naar de zorg die je redelijkerwijs kunt verwachten. Soms weet je het al omdat er een operatie gepland staat of omdat je een chronische aandoening hebt. En soms kun je zorg verwachten omdat je blessuregevoelig bent of psychisch in een wankele periode verkeert. Zorg die je nog niet verwacht, maar wel veel impact heeft, wordt over het algemeen vergoed door de basisverzekering en is dus sowieso verzekerd.

Als je zorg nodig hebt die niet door de basisverzekering gedekt wordt gaat het om zorg in het aanvullende pakket. Bedenk goed of je die zorg wil verzekeren. Het gevaar is namelijk dat je het als een aanvullende verzekering afsluit 'voor het geval dat'. En dan lijkt het op een abonnement. Vaak kun je beter zelf een paar losse behandelingen bij de fysio betalen dan jaar in jaar uit veel aanvullende premie te betalen.

Natuurlijk is het niet fijn als je met onverwachte kosten geconfronteerd wordt. Maar alle risico's afdekken is duur. Als alternatief kun je elke maand het geld opzij zetten dat je bespaart door jezelf minder uitgebreid te verzekeren. Dan kun je dat geld prima gebruiken als je zorg nodig hebt. In plaats van geld te reserveren bij een zorgverzekeraar, parkeer je dit geld op een aparte spaarrekening.

Zorgtraject dat loopt in 2023 en 2024

Het kan zijn dat je een zorgtraject doorloopt waarvan een deel van de zorg in 2023 plaatsvindt en een deel in 2024. Dan wordt er soms een zogenaamd 'DBC-traject' gestart. Er wordt dan een vaste prijs vastgesteld op basis van DBC-codes. Stel dat je een knie-operatie moet ondergaan, dan vallen alle kosten van de behandelingen binnen die DBC. Zo'n traject duurt maximaal 90 dagen en kan gedurende twee kalenderjaren plaatsvinden. Als dit gebeurt worden alle kosten, en ook het eigen risico, toegekend aan je verzekering in 2023. Je hoeft de keuze voor je nieuwe verzekering en voor de hoogte van je eigen risico dus niet te baseren op dit zorgtraject, ook al wordt er nog zorg geleverd in 2024.

Het kan overigens ook zijn dat je zorgtraject al in 2023 is afgerond, maar dat het ziekenhuis de rekening pas in 2024 stuurt. In dat geval wordt dit verrekend met je eigen risico van 2023. Dat staat helemaal los van je verzekering in 2024, het is slechts een rekening die je later ontvangt.



02

HOOFDSTUK

VERGELIJKING STARTEN



Sofie ✨

Gebruik een vergelijkingsite

VERGELIJKINGSSITE

Door een vergelijkingsite te gebruiken krijg je snel overzicht van alle mogelijke verzekeringen en dekkingen. Het scheelt heel veel werk ten opzichte van alle verzekeraars per stuk bekijken.

Zelf gebruik ik het liefst Independer.nl. De vergelijker van Independer geeft een volledig overzicht van alle zorgaanbieders in Nederland.

Independer geeft je een gratis tandongevallenverzekering tot 20.000 euro als je je zorgverzekering via hen afsluit. Dit betekent dat je tot 20.000 euro vergoed krijgt als je gebit beschadigd is na een ongeval.

+

Een gratis cadeaubon ter waarde van 10 euro voor Decathlon.

Andere bekende vergelijkingsites zijn:

Zorgkiezer

Via Zorgkiezer krijg je een Oral-B elektrische tandenborstel cadeau of drie maanden gratis sporten.

Easyswitch heeft op het moment van schrijven nog geen cadeau, dit kan later nog veranderen.

In dit document beschrijf ik het overstappen via Independer om het overzichtelijk te houden. Uiteraard kun je de informatie ook toepassen op de andere vergelijkingsites, alleen worden de onderwerpen wellicht in een andere volgorde behandeld.

Ga naar Independer en vul je adres en geboortedatum in. Zo wordt het juiste zorgaanbod aan je getoond. Je leeftijd kan bijvoorbeeld invloed hebben op de aanvullende dekkingen.

Zorgverzekering vergelijken 2024

 Tijd besparen? [Log in](#)

Geboortedatum

bijv. 15-01-1981

Postcode

bijv. 3563 HH

Huisnummer

Toevoeging

toev.



Geslacht 

Man Vrouw

Gezinsleden meeverzekeren?

Ja Nee

Vergelijk zorgverzekeringen

 € 10 voucher van 

 Gratis Tandongevallen-verzekering



03

HOOFDSTUK

GEZIN



Sofie ✨

Gezinsleden meeverzekeren

Partner meeverzekeren of niet

Ook wordt hier gevraagd of je gezinsleden mee wil verzekeren. Een heel enkele keer is het handig om dezelfde zorgverzekering als je partner af te sluiten. In de meeste gevallen is het echter onnodig duur om een zorgverzekering samen met je partner af te sluiten. Misschien is hij of zij blessuregevoelig en slik jij chronisch medicatie. Bij verschillende klachten en behoeften horen verschillende dekkingen op de zorgverzekering.

Beide gezinsleden op dezelfde polis is wel overzichtelijker qua administratie. Zo heb je minder inloggegevens en transacties. Mogelijk kun je **collectiviteitskorting** met je partner delen. Al in 2023 is de collectiviteitskorting voor de basisverzekering afgeschaft. Op de aanvullende verzekering bestaat deze nog wel. Verzekeraars die collectiviteitskorting bieden zijn vrijwel nooit voordelig. Kies dus niet zomaar voor een verzekeraar voor de korting. Let ook goed op of je de korting niet teniet doet door een onnodig uitgebreide verzekering af te sluiten. Maak altijd een individuele vergelijking om tot de beste keuze voor jouw situatie te komen. En dan blijkt dat een verzekering met collectiviteitskorting zelden de beste keuze is.

GEZIN

Gezinsleden meeverzekeren

Partner meeverzekeren?

ja nee

Kinderen meeverzekeren?

ja nee

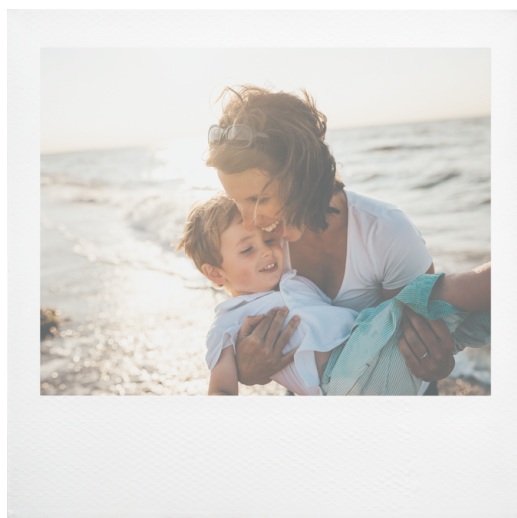
Kinderen en zorgverzekering

Kinderen tot 18 jaar zijn standaard met hun ouders meeverzekerd. Zij hoeven geen zorgpremie en ook geen eigen risico te betalen. Dit geldt voor onder andere tandheelkundige zorg, huisartsbezoek, verblijf in een ziekenhuis, medicijnen, fysiotherapie en logopedie.

Je kunt voor jezelf dus eventueel een hoger eigen risico kiezen, dit staat los van de zorg voor je kind. In de volgende stap licht ik het eigen risico toe.

Vrijwel alle zorg voor kinderen wordt vergoed uit de basisverzekering. Voor eventueel aanvullende zorg voor je kind ben je wel afhankelijk van de aanvullende dekking van je eigen zorgverzekering. Het is daarom slim om de kinderen bij te schrijven op de polis van de partner met de meest uitgebreide aanvullende dekking(en). Of in ieder geval bij de partner met de best passende aanvullende dekkingen.

Het is lang niet altijd nodig om een aanvullende dekking speciaal voor je kind af te sluiten. Doe dit alleen als je een concrete aanleiding ziet. Kinderbrillen en orthodontie zijn voorbeelden van zorg voor kinderen die onder de aanvullende verzekering vallen. Ook bij het gebruik van medicatie is het slim om de vergoeding te checken. Orthodontie wordt nog uitgebreider toegelicht onder het kopje aanvullende verzekeringen.



04

HOOFDSTUK

EIGEN RISICO



Sofie ✨

Eigen bijdrage

In sommige gevallen betaal je een eigen bijdrage voor zorg. Dit staat helemaal los van het eigen risico.

Het is wettelijk vastgesteld dat je voor bepaalde zorg een eigen bijdrage betaalt. Dit kan gelden voor hulpmiddelen, zorg en medicijnen. Denk aan een eigen bijdrage voor kraamzorg, vervoer met een ambulance of een niet-medische bevalling in het ziekenhuis.

Voor alle medicijnen geldt een eigen bijdrage. De totale eigen bijdrage voor medicatie is maximaal 250 euro per kalenderjaar.

Voor zorg aan kinderen geldt nooit een eigen bijdrage als het om zorg uit de basisverzekering gaat. Voor zorg uit de aanvullende verzekering geldt dit mogelijk wel, denk bijvoorbeeld aan orthodontie.

Soms is het mogelijk om de kosten van de eigen bijdrage te verzekeren via een aanvullende dekking. Dit is onder andere een optie voor de eigen bijdrage aan kraamzorg.

Het kan zijn dat je zorg gebruikt waarvoor een eigen bijdrage én een eigen risico geldt. Bijvoorbeeld als je medicijnen gebruikt. De kosten voor de eigen bijdrage gaan voor de kosten die ten laste gaan van het eigen risico.

Voorbeeld

Stel dat je per jaar voor 600 euro medicatie gebruikt, dan is de berekening als volgt:

Je betaalt 250 euro als eigen bijdrage. (wettelijk maximum)

De overige 350 euro gaat van je eigen risico af. Dit deel betaal je dus ook zelf, omdat het onder het maximale bedrag van je eigen risico is. Zodra de zorgkosten boven het bedrag van jouw eigen risico uitkomen (minimaal 385, maximaal 885 euro) geldt er geen eigen risico meer.

05

HOOFDSTUK

AANVULLENDE VERZEKERING



Sofie ✨

Hoofdstuk 5: aanvullende verzekering

Er zijn verschillende aanvullende pakketten. De verzekeraars vullen die zelf in, hier zijn geen wettelijke regels voor. Independer helpt je met het maken van een keuze in deze dekkingen door de belangrijkste zaken toe te lichten. Loop ze stap voor stap langs en vraag je af of je hier mogelijk gebruik van gaat maken.

Let op dat je je aanvullende verzekering niet als een abonnement ziet, dat is echt zonde van je geld! Ga je eens in de vijf jaar een paar keer naar de fysio, dan is het echt goedkoper om dat zelf te betalen dan standaard een duurdere aanvullende dekking te betalen. Kijk kritisch naar de zorg die je gedekt wil hebben en hoeveel het zou kosten als je het zelf betaalt. Een groot deel van de Nederlanders betaalt onnodig veel voor de aanvullende verzekering. Jij wil slimmer met je geld omgaan dan dat toch? Verzeker alleen wat nodig is!

Als de resultaten door Independer getoond worden kun je het verschil in prijs tussen een uitgebreide en minder uitgebreide dekking bekijken en eventueel aanpassen.

Acceptatieplicht

Houd er rekening mee dat er een acceptatieplicht kan gelden voor de aanvullende verzekering. De acceptatieplicht is over het algemeen alleen van toepassing op de zwaardere aanvullende dekkingen. Twijfel je over jouw situatie, zeg dan je oude verzekering zeker nog niet op voordat je bij de nieuwe geaccepteerd bent!

Wachttijd

Voor bepaalde zorg uit de aanvullende dekking geldt een wachttijd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij orthodontie. Het kan zo zijn dat je eerst een jaar premie moet betalen voordat je recht hebt op een bepaalde uitkering.

Bij de resultaten kun je zien of de verzekeraar een wachttijd hanteert of niet. Dit kan belangrijk zijn als jouw kind nú een beugel nodig heeft.



ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Vrije ziekenhuiskeuze: Volledig

Wachttijd: Nee

Directe Acceptatie: Nee

Duurzaamheid: 1,9 / 5



Zilveren Kruis Basis Budget Aanvullend

Vrije ziekenhuiskeuze: Beperkt

Wachttijd: Ja

Directe Acceptatie: Ja

Duurzaamheid: 4,2 / 5

Hoofdstuk 5: Aanvullende verzekering

Independer toont de meest voorkomende aanvullende dekkingen. Je kunt deze per stuk aanklikken en de gewenste dekking selecteren. Ook kun je Independer jou laten helpen met kiezen.

Onder de meest voorkomende aanvullende dekkingen kun je klikken op 'zoek meer vergoedingen'.

Klik dat aan en scroll ter inspiratie even door het lijstje met mogelijke vergoedingen. Het zou zomaar kunnen dat je dekking wenst voor iets waar je nu even niet aan denkt.

Als je alles geselecteerd hebt kun je door naar de resultaten. Op de volgende pagina's geef ik mijn visie op het wel of niet afsluiten van bepaalde dekkingen. Je kunt per kopje bepalen of het van toepassing is op jouw situatie of dat je het liever overslaat.

Kies jullie aanvullingen

De [basisverzekering](#) vergoedt de belangrijkste zorgkosten, zoals het ziekenhuis, de huisarts en medicijnen. Wat niet in de basisverzekering zit, kun je aanvullend verzekeren.

- > **Tandarts vanaf 18 jaar**
- > **Fysiotherapieën**
- > **Zwangerschap**
 - ✓ Vergoeding voor 40 uur kraamzorg
- > **Medische hulp buitenland**
- > **Orthodontie tot 18 jaar**
- > **Alternatieve geneeswijzen**
- > **Anticonceptie**
- > **Brillen en lenzen**

Fysiotherapie

Fysiotherapie is vaak een reden om voor een aanvullende verzekering te kiezen. Als je structureel gebruik maakt van de fysio is dit een prima idee. Maar verzeker dit alleen als je hier geregeld gebruik van maakt. Je kunt er ook voor kiezen om de behandelingen zelf te betalen als je ze nodig hebt. Of dit voor jou voordelig is bereken je op de volgende manier:

Stel dat de aanvullende dekking 9 euro per maand kost, dus 108 euro per jaar. Jouw behandeling bij de fysio kost bijvoorbeeld 40 euro per keer. In dit voorbeeld heb je je aanvullende verzekering er vanaf 3 behandelingen bij de fysio uit.

Fysiotherapie na een ongeval

Wist je dat het mogelijk is om een aanvullende verzekering af te sluiten die bepaalde zorg vergoedt na een ongeval? De fysio valt hier meestal ook onder. Als je je enkel verzwikt tijdens het hardlopen wordt dit ook gezien als een ongeval. Het is een nieuwe klacht en wordt dan vergoed door deze dekking. Dit is vaak een stuk voordeliger dan de reguliere aanvullende dekking voor vergoeding van fysiotherapie.

Bril en lenzen

Meestal wordt een nieuwe bril of lenzen één keer per drie jaar vergoed met een maximum van 150 euro. Een aanvullende verzekering afsluiten alléén voor deze vergoeding is daarom meestal niet interessant. Betaal in dat geval je bril of lenzen liever zelf.

Wordt de bril of lenzen vergoed vanuit een pakket met andere aanvullende zorg die je gebruikt, dan kan het wel een goed idee zijn. Een bril voor je kind moet ook eventueel betaald worden door de aanvullende verzekering. De vergoeding bedraagt één bril voor alle verzekerden, dus niet voor elke persoon.

Tandartsverzekering

De tandartsdekking is een dure! Reken dus eerst goed uit hoeveel de behandeling je gaat kosten en leg dit naast de premie die je per jaar voor deze dekking gaat betalen. In extreme gevallen kan een dekking als deze helemaal niet uit en dan betaal je zelfs meer premie dan je aan uitkering ontvangt!

Als je normaliter alleen controle-afspraken hebt kun je dat waarschijnlijk beter zelf betalen dan via een verzekering.

Wanneer je een behandeling moet ondergaan en je hebt de kans om het in het nieuwe jaar plaats te laten vinden, vraag de tandarts dan hoeveel die behandeling kost. Dan kun je je verzekering daar op aanpassen. Schaam je niet om een offerte te laten maken.

Ook kan het handig zijn om meerdere behandelingen in één jaar te clusteren als je een uitgebreide tandartsdekking hebt. Of spreid de behandelingen juist over twee kalenderjaren als je een minder hoge dekking hebt.

Acceptatie tandartsdekking

Je mag je tandartsverzekering altijd verhogen. Of je geaccepteerd wordt is alleen de vraag. Voor de meeste tandartspakketten met een dekking tot 500 euro word je standaard geaccepteerd. Ongeacht de tandzorg die je verwacht nodig te hebben.

Voor dekkingen vanaf 750 euro, en vooral vanaf 1.000 euro per jaar, geldt een zogenaamde medische acceptatie. Je dient dan bij het aanvragen van deze verzekering een medische vragenlijst in te vullen. Hierin staan vooral vragen over de mondzorg die je verwacht nodig te hebben. Als blijkt dat je inderdaad een dure behandeling moet ondergaan, is de kans groot dat je afgewezen wordt voor de hoge dekking. Meestal wordt je dan wel een lagere dekking aangeboden.

Orthodontie bij volwassenen

Orthodontie voor volwassenen wordt niet vaak vergoed, maar soms wel. Check goed of er een verzekeraar is die bij jouw wensen past. Houd er rekening mee dat je waarschijnlijk met een wachttijd te maken krijgt. Dit betekent dat je eerst een jaar premie betaalt voordat je recht hebt op vergoeding.

De premie voor deze verzekeringen is hoog en omdat er een wachttijd geldt betaal je dus minimaal twee jaar deze premie. Waarschijnlijk is dit alleen interessant als je ook andere zorg uit de aanvullende verzekering gebruikt. Een aanvullende dekking afsluiten, alleen voor de orthodontist heeft waarschijnlijk niet veel zin door de hoge premie.

Orthodontie bij kinderen

Voor orthodontie bij kinderen zijn er meer opties tot vergoeding, maar ook hierbij is het belangrijk om goed uit te zoeken welke verzekeraar het beste bij jouw situatie past.

Ook voor kinderen kan een wachttijd gelden. Als de verzekeraar orthodontie direct vergoedt, dus zonder wachttijd, dan is de premie meestal flink hoger.

Weet je nu al dat je kind t.z.t. aan een beugel moet? Dan kan het interessant zijn om hier nu al rekening mee te houden bij het maken van je keuze voor een zorgverzekering. Soms is het slim om alvast een zorgverzekeraar te selecteren die een wachttijd hanteert omdat dat uiteindelijk gunstiger uitpakt voor jouw specifieke situatie.

Orthodontie bij kinderen (vervolg)

Hoe doe je dat?

Gebruik een vergelijker zoals Independer. Geef in de criteria aan dat je orthodontie vergoed wil krijgen. Maak een vergelijking met én zonder wachttijd. Het verschil in premie maakt dat je de afweging kunt maken.

De vergoeding voor orthodontie is meestal onderdeel van een uitgebreider aanvullend pakket. In dat pakket worden dan bijvoorbeeld ook fysiotherapie of reizigersvaccinaties vergoed. Per verzekeraar wordt dit anders ingericht.

Geef op Independer zo uitgebreid mogelijk aan welke zorg je vergoed wil hebben. Als de resultaten er zijn kun je nog wijzigingen aanbrengen. In dit voorbeeld gaat het over orthodontie dat direct vergoed wordt. Dat vervang je door orthodontie die met een wachttijd vergoed wordt, en zo zie je het premieverschil en kun je bepalen wat voor jou passend is.

Als je niet weet of je kind een beugel nodig heeft, check het dan bij je tandarts. Dit kun je beter op tijd weten zodat je op tijd de keuze kunt maken.

Vergoeding medische zorg in het buitenland

Je zorgverzekering vergoedt medische zorg in het buitenland tot maximaal het Nederlandse tarief. In de meeste gevallen is dat voldoende. Er zijn landen waarvoor dat niet geldt. Bijvoorbeeld in Zwitserland, Oostenrijk en de Verenigde Staten.

Als je medische zorg nodig hebt in een van die landen kost het je mogelijk veel geld. Dit kun je opvangen door een aanvullende dekking af te sluiten die medische zorg in het buitenland vergoedt. Je hebt dan de keuze uit 100% vergoeding in Europa of wereldwijd.

Deze dekking kun je ook prima via een reisverzekering afsluiten. In de meeste gevallen is dat zelfs beter omdat je evenveel premie betaalt, maar de dekking meestal uitgebreider is.

Zwangerschap en geboorte

Ben je zwanger en wordt jouw kindje in 2024 verwacht? Dan is het slim om hier nu al rekening mee te houden bij het kiezen van je zorgverzekering. Het meeste wordt vergoed uit de basisverzekering, maar waarschijnlijk vind je het fijn om een aanvullende verzekering af te sluiten. Daarin wordt bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor de kraamzorg vergoed én hoef je niet extra te betalen als je, niet-medisch, in het ziekenhuis wil bevallen. Soms worden nog extra zaken vergoed zoals een zwangerschapscursus.

06

HOOFDSTUK

RESULTATEN

WORDEN

GETOOND



Sofie ✨

Hoofdstuk 6 : resultaten worden getoond

In het volgende scherm worden de resultaten getoond. Het is belangrijk dat je de resultaten nog verder filtert om de beste keuze voor jou te maken.

Bovenaan de resultaten zie je de keuzes die op een eerder scherm hebt gemaakt. Die kun je nog verwijderen of aanpassen.



Klik nu op 'Alle filters' bovenaan je scherm. Hier kun je aangeven welk type basisverzekering je wil afsluiten. Onder de afbeelding vind je een uitgebreide uitleg wat dit betekent.

Type basisverzekering

- Restitutie ⓘ
- Natura ⓘ
- Combinatie ⓘ
- Natura (Budget) ⓘ

07

HOOFDSTUK

TYPE BASIS- VERZEKERING



Sofie ✨

Hoofdstuk 7: Type basisverzekering

Er bestaan verschillende typen basisverzekeringen. Het verschil zit in de keuze voor zorgverleners. Bijvoorbeeld: je hebt recht op vergoeding van behandeling X. Kies je voor een uitgebreide verzekering, dan kun je kiezen uit alle zorgverleners die deze behandeling uitvoeren. Kies je voor een minder uitgebreide verzekering, dan kun je de behandeling alleen laten uitvoeren door zorgverleners waar jouw verzekeraar een contract mee heeft. Is er geen contract, dan wordt er meestal 70% vergoed. Het precieze percentage verschilt per verzekering.

Voor spoedeisende zorg kun je overal terecht met recht op volledige vergoeding!

Ik had zelf de neiging om voor onbeperkte keuze te gaan, omdat dat een gevoel van zekerheid geeft als onheil je treft. Maar dat is heel duur. En bovendien blijkt dit een stuk genuanceerder te liggen. Lees dit dus goed!

Restitutiepolis-onbeperkte keuze

Bij de restitutiepolis heb je vrije zorgkeuze, je bent niet afhankelijk van een eventueel contract tussen jouw zorgverlener en de verzekeraar. Dit is ook direct de duurste dekking. Ook bieden steeds minder verzekeraars dit aan en is de keuze voor 2024 beperkt tot enkele verzekeraars.

In dit geval heb je ook vrije keuze om gebruik te maken van zorg in het buitenland. Dit kan belangrijk zijn als je in een grensregio woont en/of werkt. Voor vakantie in het buitenland is dit niet relevant omdat spoedzorg altijd vergoed wordt. Het maakt dan dus niet uit of je een ruime of beperkte dekking hebt afgesloten.

Naturapolis- beperkte tot ruime keuze

Bij de naturadekking is het de bedoeling dat je zorg afneemt bij zorgverleners die een contract hebben afgesloten met jouw zorgverzekeraar. Doe je dat niet? Dan krijg je meestal maar 70% van de kosten vergoed. De hoogte van de vergoeding verschilt per verzekeraar. Spoedeisende zorg is wel altijd gedekt, net als huisartsenzorg.

Er zijn grote verschillen in de mate van vergoeding. Budgetpolissen vergoeden heel weinig, maar bij sommige varianten kun je in 100% van de ziekenhuizen terecht kunt. Dus als je kanker zou krijgen of een bijzondere knie-operatie moet ondergaan, wordt deze zorg vergoed in alle ziekenhuizen. Dit geldt overigens niet altijd voor privéklinieken. Bij andere vormen van zorg moet je dan opletten of er een contract is afgesloten met jouw favoriete zorgverzekeraar. Denk daarbij aan de diëtist, fysiotherapeut en opticiën.

De naturapolis is flink goedkoper, daarentegen lever je wat keuzevrijheid in. De verschillen binnen naturapolissen zijn groot; van budgetvarianten tot meer verzekerde zorg. Dat laatste wordt ook combinatiepolis genoemd; een beetje natura en een beetje restitutie.

De keuze voor restitutie of natura geldt bij vrijwel alle verzekeraars voor zowel de basis- als aanvullende verzekering.

Ik vat bovenstaande op de volgende pagina samen met mijn persoonlijke nuance hierin.

Restitutiepolis

Dit is een dure dekking die je veel luxe en gemak geeft. De vraag is of het de extra premie waard is. Bovendien bieden steeds minder verzekeraars deze optie aan. Als je in een grensregio woont of werkt is dit mogelijk extra interessant.

Naturapolis-budget

Dit is de allergeedkoopste variant. Je bent beperkt in je keuzevrijheid. Als je specialistische zorg nodig hebt ben je mogelijk aangewezen op een zorgverlener die niet bij jou in de buurt zit of niet jouw eerste keuze is. Deze optie zou ik overwegen als ik het type 'al jaren geen dokter gezien' zou zijn. En als er iets aan de hand is 'vind ik het niet erg dat ik wellicht iets verder moet reizen voor geschikte zorg'.

Naturapolis/ combinatiepolis

Deze middenvariant is naar mijn mening geschikt voor het grootste deel van de Nederlanders. Je betaalt een redelijke premie, bent enigszins beperkt in je zorgkeuze, maar bij behandeling in het ziekenhuis wordt de zorg vergoed. Ik ga er in dit geval vanuit dat je kiest voor een polis waarbij 100% van de ziekenhuizen gecontracteerd zijn. Let goed op hoe dit precies zit bij de verzekering van jouw keuze.

Via het filter kun je zien met welke zorgverleners, en dus ook ziekenhuizen, er een contract is. Ook kun je in het filter aangeven hoe ruim je de dekking van ziekenhuizen wenst.

Resultaten bekijken

Kijk nu naar het overzicht met resultaten. In principe zijn de bovenste resultaten het meest passend voor jouw situatie. Ze voldoen aan al jouw wensen en de verzekeraars met de laagste premie staan bovenaan. Er zijn nog een paar dingen waar je op kunt letten.

Ziekenhuis keuze ⓘ

- Geen voorkeur
- Volledige keuze
- Zeer ruime keuze
- Ruime keuze
- Beperkte keuze

Vaste zorgverlener

Als je een vaste zorgverlener hebt zoals een fysiotherapeut, psycholoog of diëtist en niet wil switchen, let dan goed op. Check dan of deze partij een contract heeft met jouw zorgverzekering.

Als je alle resultaten gefilterd hebt klik je op de zorgverzekeraar van jouw keuze. Als je naar beneden scrollt zie je bij welke zorgverleners je terecht kunt zonder bijbetaling. .

Als je voor een restitutiepolis kiest maakt dit voor jou niet uit omdat je niet afhankelijk bent van contracten. Voor een natura- of combinatiepolis kan het dus wel uitmaken of er een contract is.

Je ziet direct met hoeveel procent van de ziekenhuizen en andere zorgverleners een contract is afgesloten. Als je doorklikt zie je welke zorgverleners dit precies zijn.

Ook kun je instellen wie jouw zorgverleners zijn zodat je dit makkelijk kunt vergelijken.

Zorgverleners

Waar kan je terecht zonder bijbetaling?

Je gekozen zorgverleners [Aanpassen](#)
Je hebt nog geen zorgverleners geselecteerd.

[Zoek je zorgverlener](#)

Ziekenhuizen in je regio (postcode 1191 TB)

Ziekenhuis Amstelland - 5.8 km	✓ Volledige vergoeding
Amsterdam UMC, loc. Emma Kinderziekenhuis (voorheen AMC) - 7 km	✓ Volledige vergoeding
Amsterdam UMC, loc. Meibergdreef (voorheen AMC) - 7 km	✓ Volledige vergoeding

Keuzevrijheid

In Nederland In je buurt (op basis van 1191 TB)

Huisartsen	volledige keuze bij elke verzekering
Ziekenhuizen	97%
Klinieken	69%
Apotheken	89%

Wachten tot januari met overstappen

Als je voor een natura-of combinatiepolis wil kiezen en het blijkt dat nog niet alle contracten met zorgverleners rond zijn, dan kun je wachten tot het laatste moment in 2023. Als het dan nog niet bekend is kun je uiterlijk 31 december je huidige zorgverzekering opzeggen.

Vervolgens heb je nog de hele maand januari de tijd om een nieuwe zorgverzekering af te sluiten.

Ik geef je geen garantie dat alle contracten dan bekend zijn, maar het geeft je een maand extra speelruimte.

In de resultaten staat bij elke verzekeraar nog aanvullende informatie vermeld. Bij alle resultaten wordt vermeld of er veel ziekenhuizen gecontracteerd zijn, of er wachttijd is en of er directe acceptatie is.

Daarnaast worden bijzonderheden vermeld. Dat je extra voordelen krijgt, apps met aanvullende diensten, dat je korting krijgt als je per jaar betaalt etc.

Independer toont ook de resultaten van verzekeraars waar ze geen contract mee hebben. In dat geval zie je niet welke extra's geboden worden. Die kun je dan checken op de website van de betreffende aanbieder zelf.

08

HOOFDSTUK

DE LAATSTE DETAILS



Sofie ✨

Kenmerken bekijken

Heb je een verzekering op het oog, klik 'm dan aan en bekijk de kenmerken. Hier vind je onder andere een samenvatting van de dekking, informatie over duurzaamheid en reviews.

In dit voorbeeld zie je dat er een 'beperkte vergoeding' voor ziekenhuizen geldt. Als je de verzekering aanklikt zie je hoeveel procent van de ziekenhuizen gecontracteerd is. En je kunt een lijst aanklikken welke ziekenhuizen dit precies zijn. Het kan zijn dat deze lijst aan het begin van het zorgverzekeringsseizoen nog niet up to date is.

DUURZAAMHEID

Ziekenhuizen: **Beperkt**

App Score: **4,5**

Directe Acceptatie: **Ja**

Duurzaamheid: **2,1**

Zorgverleners			
Huisartsen	volledig keuze bij elke verzekering		>
Ziekenhuizen	44% keuze	<div style="width: 44%;"><div style="background-color: red;"></div></div>	121 van 278 >
Klinieken	62% keuze	<div style="width: 62%;"><div style="background-color: orange;"></div></div>	617 van 995 >

Korting bij betaling per jaar

Sommige verzekeraars geven korting als je de premie per jaar betaalt in plaats van per maand. Deze korting varieert van 0,5% tot 3% als je een jaar vooruit betaalt.

Als je de jaarpremie al voor 1 januari kunt betalen is er nog een ander voordeel te behalen. Je vermogen is dan namelijk lager op de peildatum 1 januari. En dat betekent dat je minder vermogensbelasting hoeft te betalen als dat op jou van toepassing is. Ook kan het gunstig uitpakken bij toeslagen waarbij op 1 januari de hoogte van je vermogen gemeten wordt.

In [dit artikel](#) geef ik meer tips over besparen op vermogensbelasting. Een ander voordeel kan zijn dat je er gunstiger uitspringt bij de vermogenstoets voor bepaalde toeslagen.

Overstappen

OVERSTAPPEN

Je kunt een nieuwe verzekering afsluiten via een vergelijkingsite, of rechtstreeks bij de verzekeraar.

Je oude zorgverzekering wordt opgezegd door de nieuwe verzekeraar. Je ontvangt een bevestiging via e-mail.

Als je het helemaal top wil doen, zet dan de gegevens van je nieuwe zorgverzekering meteen in je telefoon of een andere plek waar je het makkelijk terug kunt vinden. Je hebt geheid de gegevens nodig in 2024.

Om zorg te declareren of als je je polisnummer moet doorgeven aan een zorgverlener. En bij een naturadekking bestaat de kans dat je nog eens moet checken of een bepaalde zorgverlener een contract heeft met jouw zorgverzekeraar.

Handig dus om alle gegevens gereed te hebben zonder dan te moeten zoeken.

HEEL VEEL
SUCCES!



Sofie ✨