**Vijf dingen die je moet weten over je zorgverzekering:

1. Basisverzekering of aanvullende zorgverzekering?**
Iedere Nederlander is wettelijk verplicht verzekerd voor de basisverzekering. Voor deze verzekering geldt een acceptatieplicht. Oftewel: de verzekeraar mag niemand weigeren die zich als nieuwe klant aanmeldt. Dan is er ook nog zoiets als een aanvullende zorgverzekering. Dit is een vergoeding voor zaken die je niet in het basispakket aantreft. Zoals: fysio, brillen en lezen, tandarts en alternatieve zorg. Aanvullende verzekeringen zijn er in vele prijsklassen en formaten.

**2. Restitutie- of naturapolis?**
Terug naar de basisverzekering. Deze kent drie varianten: de restitutie, natura en combinatiepolis. De restitutiepolis is de enige polis waarbij de verzekeraar de rekening van álle zorgaanbieders vergoedt. Het maakt niet uit of de verzekeraar een contract met die partij heeft of niet. Bij de naturapolis is dat contract wel essentieel. Als er een contract is (en je maakt gebruik van de zorg bij die aanbieder) betaalt de verzekeraar rechtstreeks de rekening. Als er geen contract is, dan moet je de rekening voorschieten en wellicht bijbetalen. Dan, om het nog iets ingewikkelder te maken, hanteren sommige verzekeraars een combinatiepolis. Voor sommige zorgsoorten bieden ze een contract (natura) en voor sommige zaken niet (restitutie). Het vraagt wat uitzoekwerk maar het staat allemaal beschreven in de polisvoorwaarden.

**3. Wat zit er zoal in de basisverzekering?**
De overheid beslist ieder jaar wat er in de basisverzekering komt. Vanuit de basisverzekering wordt de belangrijkste zorg vergoed. Een greep: een bezoek aan de huisarts; ziekenhuiszorg: de ambulance, het ziekenhuisverblijf en de behandeling door medisch specialisten; tandartskosten voor kinderen tot en met 18 jaar; kraamzorg en verloskundige hulp; fysiotherapie tot 18 jaar en voor chronische aandoeningen; geneesmiddelen; wijkverpleging; en kosten voor de apotheek.

**4. Wat is het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage?**
De hoogte van het eigen risico wordt jaarlijks bepaald door de overheid en is alleen van toepassing op de basisverzekering. Het gaat voor volgend jaar om een bedrag van 385 euro (en vrijwillig te verhogen tot 885 euro). Wie gebruik gemaakt van de zorg, betaalt de eerste 385 euro uit eigen zak. Daar zijn wel een paar uitzonderingen op: voor de huisarts geldt bijvoorbeeld geen eigen risico. Overigens geldt ook bij een aanvullende- of tandartsverzekeringen geen eigen risico. Dan is er ook nog zoiets als een eigen bijdrage. Ook dit geldt voor zaken in het basispakket zoals voor hulpmiddelen, geneesmiddelen (wanneer die duurder zijn dan de gemiddelde prijs) of kraamzorg. Hoe hoog de eigen bijdrage is, hangt af van het soort zorg. Ook de hoogte hiervan wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid.

**5. Wat valt er onder het eigen risico?**
Voor de huisarts hoef je geen eigen risico te betalen. Wel kan er een rekening op de mat vallen als je medicijnen hebt gekregen, een bloedonderzoek hebt laten doen of als de huisarts je doorverwijst naar een ziekenhuis. De ziekenhuiskosten die daardoor gemaakt worden, gaan van je eigen risico af. Kosten voor een ambulance of een bezoek aan de spoedeisende hulp gaan wel altijd ten koste van het eigen risico.

Bron: AD.nl bezocht op 21-12-2018