

De juiste zorgverzekering kiezen

Verhalen uit de praktijk

**NP
CF**

NEDERLANDSE
PATIËNTEN
CONSUMENTEN
FEDERATIE

Voorwoord

Het zal u gebeuren. U ondergaat een medische behandeling, u vertrouwt erop dat u goed bent verzekerd en u krijgt te horen dat u toch een deel zelf moet betalen omdat uw zorgverzekeraar geen contract heeft met de behandelaar.

Het overkomt mensen nogal eens. Vaak doordat ze vooraf niet wisten wat hun polis precies dekt. We lieten het onderzoeken, en wat blijkt? Dat slechts de minderheid van de Nederlanders jaarlijks bekijkt welke polis het beste bij hen past. En dat mensen blindelings op een goede dekking vertrouwen.

Voor dit boekje spraken we mensen die erachter kwamen hoe belangrijk het is dat u zich wel verdiept in de voorwaarden van uw zorgpolis. En dat u de kleine lettertjes moet lezen. Zo onderging Inge Wichink Kruit het afgelopen jaar een behandeling in het ziekenhuis. Het ziekenhuis was door haar zorgverzekeraar gecontracteerd. Maar een half jaar na de behandeling kreeg Inge toch een rekening van 1500 euro. Want de medisch specialist had geen contract met de zorgverzekeraar. En Bob

Newmark dacht dat zijn kroon 100 procent vergoed werd, dat had hij gelezen. Maar de arbeids- en techniekkosten vielen erbuiten, en dat wist hij niet.

Tijdens de laatste maanden van het jaar heeft iedereen wel wat anders aan z'n hoofd dan polisvoorwaarden en kleine lettertjes lezen. Toch is het ons dringende advies om dat wel te doen. Want een verkeerde keuze kan u duur komen te staan. Dit boekje maakt deel uit van onze campagne 'Word wakker'. En dat is mijn advies. Zet dit jaar nou eens echt goed op een rij wat voor u belangrijk is, welke zorg en welke kosten u kunt voorspellen. Kunt u dat opvangen? Kunt u de gok wagen met een extra

hoog eigen risico, of niet? Blijft u bij uw huidige polis, of is er één die voor u een betere prijs-kwaliteitverhouding biedt?

De verhalen van deze mensen bevatten veel lessen voor de lezer. Ik zou zeggen, doe er uw voordeel mee.



Wilna Wind,
Directeur patiëntenfederatie NPCF



‘Wij kunnen geen extra kosten betalen’

Mieke van Westerloo heeft reuma en diabetes en weet uit ervaring hoe belangrijk het is om een goede zorgverzekering te hebben. Haar volwassen kinderen zijn geneigd om vooral naar de premie te kijken. Hun keuze voor een goedkope online verzekering bleek afgelopen jaar niet erg gelukkig.

naam:

Mieke van Westerloo

leeftijd:

68 jaar

situatie:

online verzekering
volwassen kinderen

tip:

kijk goed wat uw zorgverzekeraar vergoedt en naar welke zorgaanbieders u mag

'Ik heb zes volwassen kinderen, van wie twee kinderen chronische ziek zijn. Juist zij hadden allebei een goedkope online verzekering. Aanvankelijk was daar niets mee mis, omdat die polis hetzelfde vergoedde als de gewone verzekering. Ze moesten alleen alles via internet regelen.'

'Aangewezen' zorg

'Bij toeval ontdekte ik dat deze verzekering in 2014 alleen nog door de verzekeraar 'aangewezen zorg' zou vergoeden. Dat waren net de drie ziekenhuizen in Amsterdam waar wij niet naartoe gaan. Wij gaan allemaal naar het OLVG. Dat is hier vlakbij en het is een prima ziekenhuis. Ik werk er ook als vrijwilliger. Mijn ene zoon gaat voor zijn chronische ziekte regelmatig naar een specialist in het OLVG. Dat zou niet meer vergoed worden door de online verzekering. Op mijn advies heeft hij zich onmiddellijk anders verzekerd. Als hij dat niet had gedaan, had hij niet meer naar 'zijn' specialist toe gekund. Die zorg had hij nooit kunnen betalen van zijn uitkering, dan had hij naar een andere specialist moeten. Mijn andere kind heeft zijn online verzekering niet opgezegd. Juist dit jaar had hij onverwacht veel zorg nodig. Er is bijvoorbeeld een scan gemaakt, gewoon in ons eigen ziekenhuis, ondanks dat de zorgverzekeraar daar geen contract meer mee had. Misschien moet hij een deel van die zorg zelf betalen en krijgt hij aan het einde van het jaar een hoge afrekening. Ik houd mijn hart vast.'

Liever een duurdere polis

'Het goed uitzoeken van je zorgverzekering wordt steeds belangrijker, ook al is dat niet gemakkelijk. Wij krijgen ieder jaar een tafelbrede uitklapfolder waarop alle polissen staan. **Ik zit dan met een liniaal te schuiven om te kunnen zien wat waarbij hoort en welke behandelingen worden vergoed in de verschillende aanvullende pakketten.** Ik geloof dat die contracten met ziekenhuizen en artsen daar niet eens opstaan, terwijl die in 2015 nog belangrijker worden. Dat moet je op internet opzoeken. Je hoort pas in november wat er verandert in je polis. Ik ga dan goed kijken of het OLVG wel is geselecteerd. Als dat niet zo is, dan neem ik een duurdere polis met volledige vrije keuze. Wij kunnen het ons niet permitteren, dat we opeens zelf alle kosten moeten betalen. Ook als we 25 procent zelf moeten betalen, is dat al teveel. Mijn man is een keer gevallen en in coma geraakt. Als hij toen niet binnen tien minuten in het ziekenhuis was geholpen, had hij het niet overleefd. Ik vraag mij af hoe dat straks gaat als je bij de spoedeisende hulp komt. Gaan ze dan eerst vragen hoe je verzekerd bent en brengen ze je dan naar een ziekenhuis verderop?'

'Ik adviseer ook jongeren om goed te kijken wat hun zorgverzekeraar vergoedt en naar welk ziekenhuis je mag. Je kunt nu wel niets mankeren, maar dat kan volgende week anders zijn.'

'Opeens moest ik de helft zelf betalen!'

Eddy Kole werd al vijf jaar behandeld voor zijn wespstekenallergie. Nietsvermoedend declareerde hij in 2013, als altijd, de factuur voor deze behandeling bij zijn zorgverzekeraar. 'Tot mijn grote verbazing moest ik opeens meer dan de helft zelf betalen.'

naam:

Eddy Kole

leeftijd:

65 jaar

situatie:

geen contract met allergie-specialist

tip:

kijk niet alleen naar de premie, maar let vooral op wat uw verzekering aan zorg levert

'Tot 2007 had ik nauwelijks zorg nodig. Als ik weleens bij de huisarts kwam, moest ik mij voorstellen. **Totdat ik in 2007 werd gestoken door een wesp. Binnen een paar minuten kreeg ik hartkloppingen en werd ik van top tot teen rood.** Via de spoedeisende hulp kwam ik bij een allergoloog, een specialist die allergieën behandelt.'

De regels waren veranderd

'Ik kreeg een kuur die mij op den duur weerbaar zou maken tegen wespsteken. Je krijgt eerst een minimale hoeveelheid wespengif ingespoten en dat wordt opgevoerd, zodat je lichaam langzaam antistoffen opbouwt. Met een kuur van een half jaar zou ik een jaar beschermd zijn, een vervolgkuur van vijf jaar zou mij vijftien jaar beschermen. Dat betekende dat ik eens in de zes weken een spuit kreeg.

Een keer per jaar kreeg ik een factuur die volledig vergoed werd door mijn zorgverzekeraar. In 2013 stuurde ik de factuur van 1200 euro voor de behandeling van 2012 weer naar mijn zorgverzekeraar. **Tot mijn verbazing werd deze factuur opeens gedeeltelijk vergoed.** Bovenop het eigen risico moest ik nog eens 400 euro zelf betalen. Ik snapte er niets van en heb de zorgverzekering hier een brief over geschreven. Uit hun antwoord bleek dat de zorgverzekeraar geen contract had met mijn allergoloog. Dat contract was er nooit geweest. De regels waren veranderd: niet-gecontracteerde zorg werd nu maar gedeeltelijk vergoed.'

Kiezen

'Op mijn argument dat het om een noodzakelijke en doorlopende behandeling ging uit het basispakket, werd niet ingegaan. Na een briefwisseling bleek zelfs dat mijn zorgverzekeraar maar één allergoloog had gecontracteerd in Nederland, 90 km verderop. Ik kon dit niet accepteren en ging via de geschillencommissie in beroep. Zo kreeg ik de behandeling alsnog vergoed.'

'Als verzekerde krijg je te maken met een wirwar aan polisvoorwaarden die ieder jaar verandert. Voor een doorsnee Nederlander is dat niet te volgen. Als verzekerde ben je een klant, en eerlijk gezegd vind ik het niet meer dan normaal dat je gericht en helder wordt geïnformeerd over veranderingen die jou aangaan. Je kunt niet verwachten dat wij ieder jaar uitpluizen wat er verandert. De verzekeringsmaatschappij gooit een bak met voorwaarden over de schutting, en dan moet je maar uitzoeken wat dat voor jou betekent. In 2012 onderging ik vrij plotseling een bypassoperatie aan mijn hart, dan ben je ook niet echt in de gelegenheid om een studie van je zorgverzekering te maken.'

'De komende jaren worden die contracten nog belangrijker. Maar wie bedenkt van tevoren dat hij allergisch is voor wespsteken? Het blijft gokken welke zorg je nodig hebt.'



'Een half jaar later kreeg ik een rekening van 1500 euro'

'Ik kijk van tevoren goed na of ik voor een behandeling verzekerd ben en dan blijkt het soms toch anders te zijn. Dan vraag ik me af hoe mij dat als goed opgeleide vrouw kan overkomen', zegt Inge Wichink Kruit, die afgelopen jaar met een flinke factuur van het ziekenhuis werd geconfronteerd.

naam:

Inge Wichink Kruit

leeftijd:

40 jaar

situatie:

sterilisatie bij gynaecoloog werd niet vergoed

tip:

kijk van tevoren goed bij elke behandeling of deze wel vergoed wordt en of er een contract is met uw behandelaar

'Vorig jaar ging ik voor een behandeling naar de gynaecoloog in het regionale ziekenhuis. Die verwees mij door naar zijn collega in een ander ziekenhuis, die meer ervaring had met de behandeling. Daar voelde ik mij prima bij. Bovendien zou de zorg in dat ziekenhuis ook worden vergoed.'

Beter lezen?

'De gynaecoloog daar vertelde mij dat ik eerst gesteriliseerd moest worden. Dat kon bij hem of in mijn woonplaats. Het leek mij het beste om alles door dezelfde arts te laten doen. Ik keek het voor de zekerheid nog even na in mijn polis. Volgens mijn polisbladen werd een sterilisatie 100 procent vergoed.

De behandeling verliep naar wens. Maar ruim een half jaar later, toen ik er al lang niet meer aan dacht, kreeg ik opeens een rekening van 1500 euro van het ziekenhuis. Ik dacht dat het een foutje was, want mijn verzekering betaalt meestal direct aan het ziekenhuis.

Het bleek geen fout. Volgens de zorgverzekeraar stond in de voorwaarden dat een sterilisatie alleen 100 procent wordt vergoed, als aan aanvullende voorwaarden is voldaan. In dit geval had mijn arts een contract moeten hebben met mijn zorgverzekeraar. Het ziekenhuis had wel een contract, maar de gynaecologen waren niet gecontracteerd. Ik had de voorwaarden beter moeten lezen, was de eerste reactie van de zorgverzekeraar.'

Excuses

'Daar legde ik mij niet bij neer. In een telefoongesprek kon ik goed uitleggen wat ik allemaal had nagekeken. De medewerker toonde begrip en erkende dat dit wel heel ingewikkeld was. Het resultaat was dat de zorgverzekeraar excuses aanbood en de factuur alsnog vergoedde. Bovendien wilde men mijn ervaring gebruiken voor de verbetering van productbeschrijvingen. Met die afhandeling ben ik natuurlijk super tevreden.

Toch houdt deze ervaring me bezig, zeker nu ik hoor dat contracten met zorgverleners bepalend worden voor het wel of niet krijgen van een vergoeding. Als mij dit als oplettende verzekerde overkomt, kan het bij anderen ook misgaan. Ik merk ook bij mezelf dat je er toch nog gewoon vanuit gaat dat een behandeling wordt vergoed.

We zijn opgegroeid met de gedachte dat zorg vanzelfsprekend wordt betaald en dat je naar elk ziekenhuis kunt. We moeten nu 180 graden om, dat lukt niet in één keer. Als zorgverleners geen contract hebben met mijn verzekeraar of als een behandeling niet of gedeeltelijk wordt vergoed, moeten zij ons daarop wijzen. De huisarts kan bij de verwijzing ook rekening houden met de zorgverzekering van patiënten. Dan ga je naar een zorgverlener die wel wordt vergoed. De fysiotherapeut attendeerde mij er laatst op, dat ik even moest nakijken op hoeveel behandelingen ik recht had. Dat waardeer ik.'



'Ik wil dat iedere arts 100 procent wordt vergoed'

Het ene jaar heeft je zorgaanbieder nog een contract met je zorgverzekeraar, het volgende jaar kan dat veranderd zijn. Dat ervoer Bob Newmark. 'In mijn geval had de mondhygiëniste het contract met mijn zorgverzekeraar opgezegd.'

naam:

Bob Newmark

leeftijd:

68 jaar

situatie:

mondhygiëniste zei haar contract met de zorgverzekeraar op

tip:

neem ieder jaar je polissen goed door en bel bij twijfel met uw zorgverzekeraar om te informeren naar contracten en vergoedingen

'Jarenlang had ik een uitgebreide tandartsverzekering, waarvoor ik iedere maand ruim 30 euro neertelde. De tandartscontrole en kleine handelingen werden 100 procent vergoed, maar de mondhygiëniste, maar 80 procent. **Op een gegeven moment kwam ik bij haar en toen bleek dat zij het contract met mijn zorgverzekeraar had opgezegd en kreeg ik niets meer vergoed.** Ze vond dat mijn verzekeraar te veel voorwaarden aan haar stelde.'

Kosten en baten

'In diezelfde periode had ik ook een implantaat nodig. De kosten daarvoor konden oplopen tot 2500 euro, waarvan ik maar 75 euro vergoed zou krijgen. Al eerder moest ik meer dan de helft bijbetalen aan een kroon, ondanks dat in de brochure stond dat deze 100 procent vergoed zou worden. Een paar pagina's verderop stond dat de arbeids- en techniekkosten daarbuiten vielen. Dat vond ik gewoon boerenbedrog. Na deze drie ervaringen heb ik de tandartsverzekering opgezegd. Nu spaar ik zelf het premiebedrag van 30 euro voor mijn gebit. Daarmee ben ik uiteindelijk voordeliger uit.

Ik heb nog wel de meest uitgebreide aanvullende verzekering. **Omdat ik alleen maar ouder word, wil ik zo goed mogelijk verzekerd zijn.** Ik maak gebruik van alternatieve geneeswijzen en je kunt ook zomaar een uitgebreide fysiotherapiebehandeling nodig hebben. Ik heb alleen wel het idee

dat de vergoedingen ieder jaar minder worden. Daarom kijk ik jaarlijks kritisch naar alle vergoedingen, mijn behoefte en de kosten per maand.'

Ruime keuze

'Het is ingewikkelde materie, maar ik neem ieder jaar mijn polissen goed door. Ik kijk naar wat er in mijn verzekering is veranderd en bedenk welke zorg ik nodig kan krijgen. Op basis daarvan ga ik na of mijn zorgverzekeraar mij nog genoeg te bieden heeft. Daarvoor vraag ik de uitgebreide brochure van mijn verzekeraar op. Daarin kan ik ook mijn zorgverleners opzoeken en kijken of mijn verzekeraar nog steeds een contract met hen heeft. Daar moeten we steeds beter op gaan letten. Een mondhygiëniste is nog te betalen. Maar als er straks geen contract met een specialist of ziekenhuis is, kun je voor hele hoge kosten komen te staan. Zeker met nieuwe goedkope naturapolissen.

Omdat ik wil kunnen kiezen naar welke arts of welk ziekenhuis ik ga, heb ik destijds de wat duurdere restitutiepolis gekozen. Daarmee zou je overal terecht kunnen. Maar ik ga wel navragen of dat echt zo is en wat ik vergoed krijg voor niet-gecontracteerde zorgverleners. Ik hoop dat mijn polis mij een ruime keuze biedt, want ik moet er niet aan denken dat ik straks naar een bepaalde arts wil en dat dan blijkt dat ik hem zelf moet betalen. Ik verwacht dat ik met mijn polis wel een vergoeding krijg, maar ik wil graag zeker weten of alle artsen 100 procent vergoed worden.'



'Ik moest flink bijbetalen voor een onderzoek in het ziekenhuis'

Fatima Acherrat kwam er twee jaar geleden achter dat ze een hoog eigen risico had en dat haar jongerenverzekering was veranderd. Haar aanvullende verzekering was vervallen, ze had alleen nog een basisverzekering.

naam:

Fatima Acherrat

leeftijd:

30 jaar

situatie:

jongerenverzekering voldeed niet

tip:

neem de tijd voor het kiezen van je nieuwe polis. Kijk eerst wat je nodig hebt en waarbij je je prettig voelt en dan naar wat zorgverzekeraars aanbieden

'Twee jaar geleden ben ik overstapt van een jongerenverzekering naar een 'gewone' zorgverzekering. Ik had een jongerenpakket met een aanvullende verzekering, maar toen ik een maagonderzoek nodig had, moest ik veel bijbetalen. Mijn eigen risico was erg hoog. Verder bleek dat ik alleen nog een basisverzekering had. De zorgverzekeraar had de aanvullende verzekering beëindigd. Waarschijnlijk was mijn verzekering veranderd omdat ik geen student meer was of omdat ik er te oud voor was. Ik heb eigenlijk geen idee.'

Dure grap

'Omdat ik ook niet erg tevreden was over de service, ben ik overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Daar heb ik nu een basisverzekering en een aanvullende verzekering, die dingen vergoedt die ik belangrijk vind. Ik ga bijvoorbeeld regelmatig naar de huidspecialist en huidtherapeut voor een acnebehandeling. Daarvoor krijg ik nu per behandeling 75 procent vergoed. Het zou een dure grap worden, als ik dat zelf moet betalen. Ik heb gelijk ook een tandartsverzekering genomen. Ik was al een tijdje niet naar de tandarts geweest en dan weet je niet hoe het met je gebit gaat. Gelukkig viel dat mee, mijn gebit zag er goed uit. Toch kun je op eens een dure tandartsbehandeling nodig hebben. Dan wil ik niet voor vervelende verrassingen komen staan.

Eigenlijk vond ik het raar dat mijn vorige verzekeraar mij niet heeft laten

weten dat mijn aanvullende jongerenverzekering stopte. Ze zouden bijvoorbeeld een brief kunnen sturen naar iedereen die 27 jaar wordt. Dan weet je wat je te wachten staat. Dat geldt eigenlijk voor alle veranderingen. Stuur mensen een bericht, dan weten ze waarop ze moeten letten. Nu kreeg ik een rekening die niet werd vergoed. Sindsdien lees ik de voorwaarden goed door.'

Moeilijke polissen

'Ik heb van een vriendin gehoord dat we nu moeten opletten naar welke ziekenhuizen we volgend jaar wel en niet mogen. Ik ben gezond en ik heb een goede weerstand, maar je weet nooit wat morgen je brengt. Ik wil bijvoorbeeld niet graag worden opgenomen in het ziekenhuis in mijn woonplaats, omdat dat geen geweldige reputatie heeft. Ik wil echt verzekerd zijn voor zorg in goede ziekenhuizen, zoals de academische ziekenhuizen.

Daar ga ik dit jaar op letten, voor mijzelf en voor mijn ouders. Die zijn niet jong meer en hebben lichamelijke klachten waarmee ze regelmatig naar de specialist moeten. Ik ga kijken hoe dat in hun verzekering is geregeld. De zorgverzekering is ingewikkeld. Wij moeten als kinderen onze ouders hier echt mee helpen. Het zou fijn zijn als zij duidelijke informatie krijgen over wat er voor hen verandert. Je kunt er niet van uit gaan dat iedereen die moeilijke polissen begrijpt.'

