

Basisverzekeringen 2025:

Eigen risico

Het eigen risico is het bedrag dat je aan zorgkosten uit de basisverzekering betaalt, voordat de verzekeraar overgaat tot vergoeding. Hieronder vallen o.a. kosten van apotheek verstrekkingen, ziekenhuis bezoeken en vanuit de basisverzekering te vergoeden fysiotherapie en bijzondere tandheelkunde.

Eigen risico 2025 – 2026:

Het eigen risico zal, volgens nu gemaakte regeringsafspraken tot 2026 bevroren blijven. Het verplichte eigen risico is voor de jaren 2025 en 2026 bevroren op 385 euro. Vanaf 2027 zal het te bedrag voor het eigen risico worden gewijzigd en vermoedelijk 165 euro gaan bedragen

Zorgtoeslagen:

Zorgtoeslag is een bijdrage in de kosten voor de zorgverzekering. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen. In 2025 bedraagt de zorgtoeslag maximaal 131 euro, In 2025 is de max. Toeslag voor een 1 persoon huishouden op jaarbasis is vastgesteld op €1.572, ofwel €131 per maand. Voorgezinnen/ toeslagpartners is dit € 3000 of €250 per maand

Huisartsenbezoeken vallen overigens nooit onder het eigen risico.

Veranderingen Zorg 2025:

De zorgpremie basisverzekering komt in 2025 uit op een gemiddeld bedrag van €158.50 per persoon. De resitutiepolis is met ingang van 2025 afgeschaft. Daarvoor is in de plaats gekomen de combinatiepolis welke een combinatie is van een natura en een restitutiepolis.

Oefentherapie bij reumatoïde artritis (RA) en COPD.

Vanaf 2025 krijgen mensen met ernstige RA oefentherapie vergoed vanuit de basisverzekering. De vergoeding geldt alleen voor behandelingen die nodig zijn. Voor COPD geldt er geen maximum meer voor het aantal behandelingen. Ook de ernst van de COPD maakt geen verschil meer voor de vergoeding.

Herstelzorg corona (long covid) vervallen:

De regeling paramedische nazorg corona is voor het verzekeringsjaar 2025 ingetrokken en wordt niet langer vergoed vanuit de basisverzekering. Long covidpatiënten kunnen dus niet langer een aanspraak maken op fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek.

Betalen zorgpremie:

Het betalen van de zorgpremie is voor veel mensen een uitdaging. Lukt het niet om een factuur in één keer te betalen? Of heeft u een betalingsachterstand? Er is bij de zorgverzekeraars vaak meer mogelijk dan u denkt rondom betalen. Ontstaan er problemen neem dan contact op met de zorgverzekeraar en maak het probleem bespreekbaar. Laat de betalingsachterstanden niet onnodig oplopen. Zorgverzekeraars staan open voor betalingsregelingen.

Aanvullende verzekeringen:

Aanvullende verzekeringen zijn schadeverzekeringen. Deze verzekeringen en vergoedingen verschillen per verzekeraar. Raadpleeg daarvoor in voorkomend geval de polisvoorwaarden van de gekozen zorgverzekeraar.

Gecontracteerde /niet gecontracteerde zorgverleners

Zorgverzekeraars moeten voor 12 November ieder jaar duidelijk hebben met welke zorgaanbieders zij een zorgcontract hebben afgesloten. Het kan zo zijn dat er wordt doorverwezen naar een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar (nog) geen contract heeft.

Sinds September 2024 is de Regeling transparantie zorgaanbieders van kracht. Daarin is aangescherpt dat zorgaanbieders vooraf actief en aantoonbaar moeten informeren over de aan-of afwezigheid van een contract met de zorgverzekeraar van de patiënt. Hiermee worden financiële risico's voor de patiënt beperkt.

Wat is niet-gecontracteerde zorg?

Zorgverleners sluiten contracten met zorgverzekeraars. Hierin worden allerlei afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over de vergoeding van zorg en prijzen van behandelingen.

Wat merk ik als patiënt van niet-gecontracteerde zorg?

Ga je naar een zorgverlener waar jouw verzekeraar geen contract mee heeft afgesloten? Dan bestaat de kans dat je een deel van de rekening zelf betaalt. De zorgverlener heeft met de zorgverzekeraar namelijk geen afspraken gemaakt over de prijzen van behandelingen. Als je een deel van de rekening zelf moet betalen, gaat dit niet van je eigen risico af. Het deel dat je zelf betaalt, is afhankelijk van je zorgpolis.

Overstappen naar nieuwe zorgverzekeraar:

Als je besluit over te stappen naar een nieuwe zorgverzekeraar houdt er dan rekening mee dat er voor aanvullende verzekeringen er door de nieuwe verzekeraar en gezondheidsverklaring kan worden gevraagd. Zeker voor Sjögren patiënten die door de chronische en systemische aandoening(en) een grotere zorgvraag kunnen hebben. Denk bijvoorbeeld aan te verwachten tandheelkundige kosten of langdurige fysiotherapie. Voor de basisverzekering mogen zorgverzekeraars je niet weigeren, voor de aanvullende verzekeringen dus wel. Ook kunnen ze een wachttijd hebben opgenomen in de polisvoorwaarden. Kijk dus vooraf na wat er daarover in de voorwaarden staat of neem vooraf contact op met de nieuwe verzekeraar van je keuze.

Lopende machtigingen /toestemming:

Heb je een machtiging gekregen van je oude verzekeraar voor zorg uit het basispakket en wil je overstappen? Dan wordt deze machtiging overgenomen door je nieuwe zorgverzekeraar. Dit geldt alleen voor de periode dat deze machtiging geldig is. Is het een machtiging voor zorg uit de aanvullende verzekering? Dan wordt per situatie bekeken of deze machtiging wordt overgenomen. Niet alle aanvullende pakketten zijn namelijk hetzelfde.

Johan Mooi,

Belangenbehartiging@nvsp.nl