

Wanneer moet u zelf (bij)betalen voor zorg?

Uw zorgverzekering vergoedt de meeste noodzakelijke zorgkosten, zoals bezoeken aan de huisarts, medicijnen en een behandeling in het ziekenhuis. Ook thuiszorg en verpleeghuiszorg worden voor een groot deel vergoed. Sommige kosten moet u zelf betalen. Denk hierbij aan:

Eigen risico

Iedereen heeft een verplicht eigen risico van 385 euro voor zorgkosten die onder de basisverzekering vallen, zoals ziekenhuiszorg en medicijnen. Tot dit bedrag betaalt u de kosten zelf. Als u het eigen risico volledig heeft betaald, begint de zorgverzekering met vergoeden. U kunt ook kiezen voor een hoger eigen risico, tot maximaal 885 euro. In ruil hiervoor krijgt u korting op de premie. U betaalt dus wel meer eigen risico als u gebruik maakt van zorg uit de basisverzekering. Sommige kosten vallen niet onder het eigen risico. De belangrijkste uitzonderingen zijn de [huisarts](#) en de [wijkverpleging](#). U kunt dus altijd de huisarts om hulp vragen. Ook als de wijkverpleegster bij u langskomt, hoeft u daarvoor niets te betalen.

Eigen bijdrage voor medicijnen

De medicijnen die u krijgt voorgeschreven door uw huisarts of specialist worden meestal vergoed. Soms moet u naast het eigen risico een eigen bijdrage betalen voor medicijnen. Uw zorgverzekeraar kan u vertellen of u een eigen bijdrage moet betalen en hoe hoog die is. U kunt dit ook opzoeken op de overheidswebsite [Medicijnkosten.nl](#). De eigen bijdrage voor medicijnen is maximaal 250 euro per jaar. Komt u boven dit bedrag uit dan gaan de overige medicijnkosten van uw eigen risico af. Heeft u ook uw eigen risico volledig betaald? Dan krijgt u de kosten voor medicijnen volledig vergoed. Sommige medicijnen worden niet vergoed door uw zorgverzekering, ook niet als u het bedrag van uw eigen bijdrage en uw eigen risico al heeft gebruikt. Dat zijn medicijnen die u zelf kiest, terwijl er ook een goedkoper middel bestaat. Het duurdere middel moet u zelf betalen. Alleen als uw arts vindt dat u het duurdere middel nodig heeft, kunt u hiervoor een vergoeding krijgen. Met een aanvullende zorgverzekering kunt u soms extra vergoedingen krijgen voor medicijnen. U hoeft dan de eigen bijdrage van 250 euro niet te betalen.

Eigen bijdrage voor hulpmiddelen en vervoer

De zorgverzekering vraagt ook een eigen bijdrage voor sommige hulpmiddelen en voor ziekenvervoer. Dit zijn de belangrijkste hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage geldt:

- [Hoortoestel](#): 25 procent van de kosten.
- Kunstgebit onderkaak (klikgebit en implantaat): 10 procent.
- Kunstgebit bovenkaak (klikgebit en implantaat): 8 procent.
- Volledig kunstgebit (prothese): 25 procent.
- Orthopedische of allergeenvrije schoenen: 127 euro per paar (bedrag 2020).
- Ziekenvervoer per taxi, eigen auto of openbaar vervoer: 105 euro per kalenderjaar.

Met een aanvullende zorgverzekering kunt u soms een vergoeding krijgen voor deze eigen bijdragen.

Voor zorg van de gemeente

Krijgt u huishoudelijke hulp, begeleiding, dagbesteding of vervoer via de [Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\)](#)? Dan betaalt de gemeente het grootste deel van de kosten. Ook kortdurend verblijf in een instelling, zoals een logeerkamer, valt onder de Wmo. Voor de Wmo betaalt u een eigen bijdrage van maximaal 19 euro per maand.

Voor langdurige zorg

Heeft u de hele dag zorg nodig voor onbepaalde tijd? Gaat u naar een verpleeghuis of krijgt u thuis verpleeghuiszorg? Dan wordt die zorg vergoed door de Wet langdurige zorg (Wlz). Hiervoor betaalt u een [eigen bijdrage](#) die afhankelijk is van uw inkomen en vermogen. De eerste zes maanden betaalt u een lage eigen bijdrage. Als u naar een verpleeghuis gaat en u heeft geen thuiswonende partner, dan gaat de eigen bijdrage na zes maanden omhoog. In alle andere gevallen blijft u de lage eigen bijdrage betalen.

Voor zorg die niet is verzekerd

Bepaalde hulpmiddelen voor dagelijks gebruik, zoals een bril en [rollator](#), worden vaak niet vergoed. Ook de kosten van de tandarts boven 18 jaar en een alternatieve genezer vallen niet onder de vergoedingen van het basispakket van de zorgverzekering. De eerste 20 behandelingen door een [fysiotherapeut](#) betaalt u meestal ook zelf. Daarna krijgt u ze alleen vergoed als u behandeling nodig heeft wegens een chronische ziekte. U kunt zich voor deze kosten vaak wel aanvullend verzekeren.

Let op: twee soorten polissen

Als u een zorgverzekering afsluit, kunt u kiezen tussen twee soorten polissen, een naturapolis en een restitutiepolis. Met een naturapolis krijgt u de kosten van een behandeling volledig vergoed als u kiest voor een ziekenhuis of zorgverlener met wie uw zorgverzekeraar een contract heeft. De rekening gaat direct naar de zorgverzekering. Kiest u voor een kliniek of zorgverlener die geen contract heeft met uw zorgverzekeraar, dan moet u een deel van de rekening zelf betalen. U krijgt dan bijvoorbeeld 70 of 75 procent vergoed. Met een restitutiepolis krijgt u de volledige rekening vergoed, ook als u een behandelaar kiest met wie de verzekeraar geen contract heeft. Soms moet u de rekening eerst zelf betalen en daarna indienen bij uw zorgverzekeraar. Alleen als uw zorgverlener een veel hoger tarief rekent dan gemiddeld, kan uw zorgverzekeraar de vergoeding beperken.

Bron: IkWoonLeefZorg

Uitgave van de RABO-bank.