

Het eigen risico voor de zorgverzekering wordt volgend jaar verhoogd naar 385 euro maar wat valt er eigenlijk wel en niet onder het eigen risico? Graag informeren wij u hierover.

Het verplichte eigen risico is ingevoerd in 2008, toen ging het nog om een bedrag van 150 euro. Verzekerden moesten de eerste 150 euro aan zorgkosten uit het basispakket zelf betalen en sindsdien is het bedrag door de overhead jaarlijks in stappen verhoogd naar 375 euro in 2015. Volgend jaar gaat het bedrag nog eens met 10 euro omhoog.

Het eigen risico geldt voor bijna alle zorg uit het [basispakket](#), maar er zijn uitzonderingen. Hieronder staat aangegeven wat wel en niet onder het eigen risico valt, wanneer we spreken van eigen bijdrage en wat het vrijwillig eigen risico inhoudt.

Wat valt niet onder het eigen risico?

De kosten voor een bezoek aan de huisarts of huisartsenpost gaan niet van het eigen risico af. Dat wordt door de verzekeraar vergoed. Dit geldt eveneens voor verloskundige zorg, kraamzorg, wijkverpleging en onderzoek bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (CVR).

Ook ketenzorg valt niet onder het eigen risico, bij ketenzorg werken meerdere zorgaanbieders met elkaar samen.

Zorg voor kinderen tot achttien jaar telt niet mee voor het eigen risico. Hulpmiddelen van de thuiszorg in bruikleen en nacontroles of reiskosten bij orgaandonatie ook niet. Zorg uit aanvullende verzekeringen telt evenmin mee voor het eigen risico.

Het staat zorgverzekeraars overigens vrij om bepaalde zorgaanbieders, zorgprogramma's, medicijnen of hulpmiddelen van het eigen risico uit te sluiten. Zo vergoeden sommige verzekeraars ook de doorgaans goedkopere voorkeursgeneesmiddelen, dit noemen wij preferente geneesmiddelen.

Wat valt wel onder het eigen risico?

Alle andere behandelingen die in het basispakket staan, vallen wel onder het eigen risico. Onderzoek dat een huisarts laat uitvoeren, bijvoorbeeld bij een laboratorium, valt onder het eigen risico, behandelingen in het ziekenhuis en ook zorg op de spoedeisende hulp tellen mee.

Bij de verstrekking van medicijnen, ook wanneer deze niet meetellen als eigen risico, worden terhandstellingskosten in rekening gebracht door de apotheker. De terhandstellingskosten vallen onder het eigen risico

Als een verzekerde al voor 385 euro aan zorg uit het basispakket heeft verbruikt, dan vergoedt de verzekeraar de kosten die er nog bij komen. Maar voor sommige soorten zorg uit het basispakket moeten verzekerden nog wel een eigen bijdrage betalen.

Eigen bijdrage

Een verzekerde moet de eigen bijdrage altijd betalen, ook als het eigen risico al volledig is verbruikt. Eigen bijdrage staat los van het eigen risico. Het gaat dan bijvoorbeeld om een bijdrage voor hulpmiddelen, sommige soorten geneesmiddelen en zittend ziekenvervoer.

Een verzekerde moet voor deze zorg jaarlijks een bepaald gedeelte of een percentage per keer zelf betalen. Ook kan het voorkomen dat een verzekeraar per keer een bepaald maximum betaalt en dat een verzekerde de rest moet bijleggen. Een verzekerde moet de eigen bijdrage altijd eerst betalen. Het bedrag dat overblijft, valt dan nog onder het verplicht eigen risico.

Vrijwillig eigen risico

Verzekerden kunnen een hoger eigen risico instellen dan het wettelijk verplichte bedrag. Volgend jaar kan een verzekerde dat met maximaal 500 euro tot 885 euro verhogen.

Deze verzekerden krijgen in ruil daarvoor korting op hun zorgpremie, maar moeten in totaal dus meer zelf betalen als zij zorg uit het basispakket gebruiken.

Een extra vrijwillig eigen risico kan voordelig zijn voor mensen die weinig tot geen zorg nodig hebben en ook 885 euro kunnen missen als ze onverwacht toch veel zorg nodig hebben.

Bij veel verzekeraars is het mogelijk om de kosten in termijnen te betalen na het ontvangen van de eigen risico factuur.

Bron: NU.nl/Tamara Awwad, publicatiedatum 21 september 2015; <http://www.nu.nl/economie-achtergrond/4130281/moet-u-weten-eigen-risico-in-2016.html>