PPD LIMBURG
Verslag

Organisatie: *Provinciaal Platform voor Diversiteit (PPD)*

Locatie: *Stichting Nour, De Rink, Maastricht*

Thema: *Zorgverzekeringen*

Gastspreker*: Bouchaib Saadane*

1. Aanleiding en doel

Op 18 oktober 2026 vond in Maastricht bij Stichting Nour in De Rink een voorlichtingsbijeenkomst plaats met als thema zorgverzekeringen. Tijdens de bijeenkomst werd stilgestaan bij de werking van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel en de kosten die daarbij kunnen komen kijken.

Het doel van de bijeenkomst was om aanwezigen meer inzicht te geven in de basisverzekering, het eigen risico, aanvullende verzekeringen en zorgtoeslag. Ook was er aandacht voor de mogelijkheden voor mensen met een lager inkomen en voor praktische vragen over het kiezen, wijzigen of overstappen van zorgverzekering.

2. De zorgverzekering in Nederland

In Nederland is een basiszorgverzekering verplicht voor volwassenen die verzekeringsplichtig zijn. De basisverzekering vergoedt een groot deel van de gebruikelijke medische zorg, maar niet iedere behandeling, ieder hulpmiddel of ieder geneesmiddel wordt automatisch volledig vergoed. De vergoeding hangt onder meer af van de wettelijke voorwaarden en de polis van de zorgverzekeraar.

Het is daarom belangrijk dat verzekerden weten welke zorg onder de basisverzekering valt, welke kosten zij mogelijk zelf moeten betalen en waar zij informatie kunnen vinden wanneer zij vragen hebben over een vergoeding.

3. De basisverzekering en vergoedingen

De basisverzekering dekt onder meer huisartsenzorg, veel medisch-specialistische zorg en bepaalde geneesmiddelen. Voor sommige zorgvormen gelden voorwaarden, verwijzingen of beperkingen. Andere kosten, zoals reguliere tandartszorg voor volwassenen, brillen en contactlenzen en extra fysiotherapie, worden doorgaans niet vanuit de basisverzekering vergoed. Voor bepaalde situaties bestaan uitzonderingen.

Ook bij geneesmiddelen kunnen vragen ontstaan. Een medicijn kan bijvoorbeeld niet volledig worden vergoed doordat het niet in aanmerking komt voor vergoeding, doordat een eigen bijdrage geldt of doordat de kosten onder het eigen risico vallen. Zorgverzekeraars kunnen daarnaast voorkeursbeleid hanteren voor bepaalde merken of varianten van geneesmiddelen. De precieze reden kan per medicijn en polis verschillen; de verzekeraar of apotheek kan uitleg geven over de betreffende vergoeding.

4. Het eigen risico

Voor veel zorg uit de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. Dit betekent dat verzekerden bepaalde zorgkosten eerst zelf betalen, tot het bedrag van het eigen risico is bereikt. Huisartsenzorg valt in het algemeen niet onder het eigen risico, terwijl bijvoorbeeld veel ziekenhuiszorg en voorgeschreven geneesmiddelen dat wel kunnen doen. Voor kinderen jonger dan 18 jaar geldt geen verplicht eigen risico.

Het eigen risico wordt niet standaard aan het begin van het jaar volledig vooraf betaald. Sommige verzekeraars bieden wel de mogelijkheid om het bedrag in termijnen vooruit te betalen. Als achteraf blijkt dat minder eigen risico verschuldigd is dan vooruitbetaald, wordt het resterende bedrag volgens de regeling van de verzekeraar terugbetaald.

5. Aanvullende verzekeringen

Naast de basisverzekering kunnen mensen vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten. Afhankelijk van het pakket kan deze bijvoorbeeld extra fysiotherapie, tandartszorg voor volwassenen, brillen of contactlenzen, orthodontie of bepaalde andere zorg vergoeden. De dekking, voorwaarden, maximale vergoedingen en premie verschillen per verzekeraar.

Een aanvullende verzekering is niet voor iedereen noodzakelijk. Het is belangrijk om vooraf te bekijken welke zorg iemand verwacht nodig te hebben, wat het pakket daadwerkelijk vergoedt en of de premie opweegt tegen de mogelijke vergoeding.

6. Zorg voor kinderen

Kinderen jonger dan 18 jaar betalen geen premie voor de basisverzekering en hebben geen verplicht eigen risico. Zij moeten wel bij een zorgverzekeraar zijn aangemeld. Veel tandheelkundige zorg voor

kinderen wordt vanuit de basisverzekering vergoed; voor orthodontie gelden andere voorwaarden en is vergoeding niet vanzelfsprekend.

7. Zorgtoeslag en financiële ondersteuning

Mensen met een lager inkomen kunnen, afhankelijk van hun inkomen en vermogen en hun persoonlijke situatie, recht hebben op zorgtoeslag. Het is daarom niet vanzelfsprekend dat iemand geen recht heeft op zorgtoeslag omdat diegene denkt te veel te verdienen. Een proefberekening bij Dienst Toeslagen kan helpen om dit na te gaan.

Ook kunnen mensen gebruikmaken van hulpmiddelen zoals de Potjescheck om te bekijken of zij mogelijk recht hebben op financiële regelingen. Voor mensen die moeite hebben om de zorgverzekering te betalen, kan het daarnaast zinvol zijn om informatie in te winnen bij de gemeente of een organisatie voor sociaal-juridische ondersteuning.

8. Gemeentelijke zorgverzekering en veranderingen in 2027

Sommige gemeenten bieden inwoners met een lager inkomen een gemeentelijke collectieve zorgverzekering of een speciaal pakket aan. De voorwaarden verschillen per gemeente. In Maastricht kan het gemeentelijke aanbod, afhankelijk van de geldende voorwaarden, een mogelijkheid zijn om te onderzoeken. Zorgtoeslag moet afzonderlijk worden aangevraagd en is afhankelijk van de eigen voorwaarden.

Tijdens de bijeenkomst was er ook belangstelling voor veranderingen in 2027. Volgens de op 15 september 2026 bekendgemaakte plannen stijgt het verplichte eigen risico in 2027 naar € 400. Het genoemde gemiddelde premiebedrag en de hoogte van de zorgtoeslag zijn ramingen; de uiteindelijke premie verschilt per verzekeraar. Zorgverzekeraars maken hun premies voor het nieuwe jaar uiterlijk op 12 november bekend. Het is daarom belangrijk om de actuele informatie te controleren voordat een keuze wordt gemaakt.

9. Interactie en gesprek

De bijeenkomst bood ruimte voor vragen over de dagelijkse praktijk van zorgverzekeringen. De onderwerpen gingen onder meer over vergoedingen voor medicijnen en andere zorg, het eigen risico, zorg voor kinderen, zorgtoeslag en de mogelijkheden om een passende verzekering te

kiezen of te wijzigen. De vragen maakten duidelijk dat informatie over zorgverzekeringen niet alleen begrijpelijk moet zijn, maar ook praktisch toepasbaar moet zijn op de persoonlijke situatie van mensen.

10. Conclusie

De voorlichtingsbijeenkomst maakte duidelijk dat er binnen de doelgroep behoefte bestaat aan heldere en toegankelijke uitleg over de basisverzekering en de zorgkosten die mensen zelf kunnen tegenkomen. Vooral het onderscheid tussen zorg die vanuit de basisverzekering wordt vergoed, zorg waarvoor het eigen risico geldt en zorg die alleen aanvullend verzekerd is, vraagt om verduidelijking. Ook bestaat er behoefte aan begrijpelijke informatie over de vergoeding van geneesmiddelen en de redenen waarom bepaalde kosten toch voor eigen rekening komen.

Daarnaast blijkt dat financiële onzekerheid een belangrijke drempel kan zijn. Niet iedereen weet welke ondersteuning beschikbaar is, wanneer iemand mogelijk recht heeft op zorgtoeslag of een gemeentelijke zorgverzekering, en waar dit gecontroleerd kan worden. Ook is er behoefte aan praktische begeleiding bij het vergelijken, aanpassen of overstappen van zorgverzekering. De vragen over het vooruitbetalen van het eigen risico laten zien dat ook de voorwaarden van betaalregelingen niet voor iedereen duidelijk zijn.

De bijeenkomst onderstreept daarmee het belang van laagdrempelige voorlichting die niet alleen de regels uitlegt, maar mensen ook helpt om deze toe te passen op hun eigen situatie. Duidelijke informatie over vergoedingen, eigen kosten en beschikbare ondersteuning kan bijdragen aan meer inzicht en zekerheid bij het maken van keuzes rondom de zorgverzekering.