

Wijzigingen basisverzekering

De inhoud van de verplichte basisverzekering voor zorg is bij alle zorgverzekeraars gelijk. De inhoud blijft elk jaar grotendeels hetzelfde, maar wordt jaarlijks wel op enkele punten aangepast.

Voor 2025 zijn dit de voorgestelde wijzigingen:

Oefentherapie bij erge reumatoïde artritis

Vanaf 2025 krijgen mensen met erge reumatoïde artritis (RA) oefentherapie vergoed vanuit de basisverzekering. De vergoeding geldt voor alle behandelingen die nodig zijn. Of en hoeverre ook Sjögren patiënten onder deze regeling vallen zal de tijd gaan uitwijzen.

Oefentherapie bij COPD

Vanaf 2025 vergoedt de basisverzekering alle oefentherapie voor mensen met COPD. Tot en met 2024 geldt er nog een maximaal aantal behandelingen. Hierbij is het aantal afhankelijk van hoe erg de COPD is. Vanaf 2025 verdwijnt dit maximum. Ook maakt de ernst van de COPD geen verschil meer voor de vergoeding.

Revalidatie voor ouderen (geriatrische revalidatie)

Vanaf 2025 hebben ouderen in meer gevallen recht op vergoeding van revalidatie voor ouderen vanuit de basisverzekering. Zo was hier eerst alleen recht op na een ziekenhuisopname. Vanaf 2025 is dat niet meer zo. Ook kan de oudere in 2025 direct thuis starten met de revalidatie.

Paramedische herstelzorg na COVID-19

Vanaf 2025 is er geen vergoeding meer voor paramedische herstelzorg aan patiënten met aanhoudende klachten na een COVID-19-besmetting. Deze paramedische herstelzorg kon bestaan uit ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en diëtetiek. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een overgangsperiode ingesteld voor patiënten die nu nog gebruikmaken van deze zorg. Patiënten die voor 1 juli 2024 al gebruikmaakten van paramedische herstelzorg, mogen hun behandeltermijn van maximaal 6 maanden nog afmaken. Sinds 1 juli 2024 kan er geen nieuwe termijn worden gestart.

Codeïne

Vanaf 2025 wordt codeïne alleen nog vergoed voor patiënten die altijd diarree hebben, voor wie loperamide niet voldoende werkt of voor patiënten die dit niet mogen gebruiken.

Borstkankermedicijn Trudelvy

Vanaf 2025 -2027 is er vergoeding vanuit het basispakket voor het borstkankermedicijn Trudelvy (met werkzame stof sacituzumab govetican). Het medicijn wordt vergoed voor een speciale groep patiënten met triple-negatieve borstkanker.

Medicijn bij colitis ulcerosa

Vanaf 2025 is er vanuit de basisverzekering vergoeding voor het geneesmiddel Omvoh. De vergoeding geldt voor een bepaalde groep volwassenen met matig tot ernstig active colitis ulcerosa. Namelijk voor patiënten bij wie gewone therapie of biologische behandeling niet genoeg hielp of die niet tegen deze behandelingen kunnen.

Medicijn bij artritis psoriatica en axiale spondyloartritis

Vanaf 2025 is er vergoeding voor het medicijn Bimzelx. De vergoeding geldt voor volwassenen met active artritis psoriatica (PsA) die niet goed reageren op eerdere behandelingen of deze niet verdragen. Ook is er vergoeding voor het gebruik van dit medicijn als behandeling van axiale spondyloartritis (axSpa). Bimekizumab kan alleen, maar ook in combinatie met MTX worden gebruikt.

Verkennd gesprek GGZ

Vanaf 1 januari 2025 start een 4-jarige proef met het 'verkennd gesprek' in de geestelijke gezondheidszorg. Bij gebruik van deze mogelijkheid is het zeer aan te bevelen of de zorgaanbieder wel een zorgcontract heeft met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder is vanaf 1 september 2024 wel verplicht en voordat de behandeling aanvangen om zelf aan te geven of er wel of geen contract bestaat tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. (Aanwijzing (on) gecontracteerde zorg NZA)

Aanvullende zorgverzekeringen

Als er naar verwachting in het verzekeringsjaar 2025 weinig of geen medische pakketzorg zal worden gebruikt, dan is een aanvullende zorgverzekering vaak ook niet noodzakelijk. De basisverzekering vergoedt alle noodzakelijke zorg. Ook als zorg wordt verleend vanuit een doorlopende machtiging, zoals vaak gezien wordt bij chronische fysiotherapie /collageenziekten, is het afsluiten van een aanvullende verzekering voor fysiotherapie niet echt nodig.

Ook voor brillenvergoedingen, vaak beperkt tot 150-250 per 2 à 3 jaar loont het zich uit te rekenen of een dergelijke verzekering wel lonend is ten opzichte van de te betalen premie. Kappenbrillen vallen onder de Regeling Zorgverzekering wat wil zeggen dat de kappen na verkregen machtiging worden vergoed. Het montuur en de glazen vallen niet onder de vergoeding.

De aanvullende zorgverzekering valt niet onder de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars mogen zelf bepalen welke aanvullende verzekeringen en onder welke vergoeding voorwaarden de zorg wordt aangeboden. De voorwaarden zijn in te zien en te lezen in de polisvoorwaarden.

In tegenstelling tot een basisverzekering mag een zorgverzekeraar iemand weigeren voor de aanvullende verzekering. Ook kan voor een aanvullende zorgverzekering een hogere premie verschuldigd zijn bij een chronisch zieke verzekerde of een oudere verzekeringsdeelnemer.

Bij het afsluiten van een aanvullende verzekering kan er ook nog sprake zijn van een wachttijd. Is er b.v. sprake van te verwachten hoge of hogere aanspraken op de aanvullende verzekering kan er een wachttijd worden opgelegd door de verzekeraar. Dit wil zeggen dat er een jaar moet worden gewacht b.v. bij tandartskosten, alvorens er sprake kan zijn van vergoedingen vanuit de verzekering.

Vaak wordt een wachttijd opgelegd van 12 maanden/ 1 jaar, wanneer uit de aanmelding en/of vragenlijst sprake is van te verwachten hogere kosten.

Vragen? Mail naar Belangenbehartiging @nvsp.nl