

## **Inleiding.**

Iedereen in Nederland moet zich verplicht verzekeren tegen ziektekosten. Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet heeft iedereen recht op een basisverzekering en kan men kiezen voor een aanvullend pakket. Bij de verzekering wordt onderscheid gemaakt in een naturapolis en een restitutiepolis. Naast de basis en aanvullende verzekering is het ook mogelijk om een aanvullende tandartsverzekering af te sluiten.

Bij een naturapolis heeft men recht op zorg en gaan de rekeningen direct naar de zorgverzekeraar. Verzekerden maken gebruik van hulpverleners waar de verzekeraar afspraken mee heeft. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op vergoeding van de zorg en kiest de verzekerde de zorgverlener. De verzekerde ontvangt zelf de rekeningen en kan deze indienen bij de verzekeraar. Of deelnemers aan het kindervakantiewerk een restitutie- of naturapolis hebben, maakt in feite niet uit. Acute noodzakelijke zorgverlening kan altijd overal plaatsvinden. Voor niet-acute hulp is het wel belangrijk om te weten of de verzekeraar van de naturapolis een contract heeft met de desbetreffende zorgverlener.

## **Artsenbezoek.**

Bij het kindervakantiewerk zal het vooral voorkomen dat bij een bezoek aan huisarts, tandarts of eerste hulp, geen gebruik gemaakt wordt van de ‘vaste’ hulpverlener van de deelnemer. Het is daarom handig dat de deelnemer een zorgpas bij zich heeft. Deze wordt door de verzekering verstrekt. Dit zorgt ervoor dat je te allen tijde bij een ongeval /ongelukje of bij ziekte direct hulp krijgt van de desbetreffende zorginstelling. De nota's gaan dan veelal rechtstreeks naar de verzekeraar. Is er geen zorgpas aanwezig, dan wordt gevraagd naar legitimatie. Is deze ook niet aanwezig, dan zal er contact met de ouders worden gezocht om te informeren waar hun kind is verzekerd en polisnummer. Het is hierom verstandig dat je een actuele lijst hebt met de persoonlijke gegevens van de deelnemers.

## **Legitimeren.**

Vanaf januari 2006 moeten patiënten zich bij elk bezoek aan het ziekenhuis legitimeren en hun burger service nummer laten registreren. Deze wijzigingen komen voort uit de nieuwe zorgverzekeringswet die van kracht is geworden. Deelnemers of leiding van 14 jaar en ouder hebben al een legitimatieplicht en kunnen zich dus bij bezoek legitimeren. Word je na een ongeval of met spoed in een ziekenhuis behandeld en heb je geen legitimatiebewijs bij je, dan moet je dit binnen twee weken alsnog aan het ziekenhuis tonen. Deelnemers onder 14 jaar hebben over het algemeen geen identiteitsbewijs of staan bij hun ouders op het paspoort.

## **Voorschieten van de kosten.**

Met de nieuwe zorgverzekering is het niet meer de bedoeling dat je bij bezoek aan een huisarts de rekening ter plekke betaald. Je moet wel je zorgpas bij je hebben en je kunnen legitimeren. Heb je dit niet, dan kan het zijn dat de arts toch wil dat je betaalt. De rekening kunnen de ouders dan later bij hun verzekering claimen. Hou er wel rekening mee dat je dus als leiding moet voorschieten. Bij het afhalen van medicijnen e.d. in de apotheek kan wel gevraagd worden om een eigen bijdrage. Dit is onder andere afhankelijk van het feit hoe men is verzekerd. Ook in dat geval moet je dan voorschieten en later terugvorderen bij e ouders

## **Spoedeisende hulp.**

De spoed eisende hulp is alleen bedoeld voor situaties waarbij het letsel zo ernstig is, dat de komst van een huisarts niet kan worden afgewacht. In principe moet je, voordat je met een patiënt naar de spoed eisende hulp gaat, altijd eerst de (waarnemend)huisarts raadplegen. Zorg dus dat je weet welke huisarts dienst heeft en waar de huisartsen en de eerste hulp zijn gevestigd.

**Tandarts.**

Tandartskosten voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar zijn standaard meeverzekerd zonder meerpremie. Daarbij maakt een tandarts zich dus geen zorgen over de betaling van de nota. Tandheeskundige kosten voor personen boven de 18 jaar kunnen financiële problemen opleveren. De tandarts kan eisen dat een deel van de gemaakte kosten voor de behandeling direct wordt voldaan. Neem bij twijfel over de dekking altijd eerst contact op met de ouders en zorg ervoor dat er een tweede (hoofd)leider is die mee kan om te luisteren als ‘getuige’ zodat problemen achteraf kunnen worden voorkomen.

**Medische gegevens.**

Het is handig als je de deelnemers een "medisch formulier" laat invullen. In ieder geval voor een kamp of bivak is dit belangrijk. Zorg er in elk geval voor dat de noodzakelijke informatie op het inschrijfformulier kan worden ingevuld. Zo ben je in één keer op de hoogte van belangrijke zaken. Naast de contactgegevens wordt in het formulier ook gevraagd welke medicijnen worden gebruikt, of de deelnemers ziektes heeft, waar ouders bereikbaar zijn in geval van calamiteiten, welke de gegevens van huisarts en tandarts zijn en hoe de verzekering (verzekeraar, polisnummer) is geregeld. Neem op dit formulier ook het burger service nummer op.

**Naar het buitenland.**

Ga je naar het buitenland dan is een aantal aanvullende zaken belangrijk. De zorgverzekering geeft in principe werelddekking. Dit geldt zowel voor de restitutiepolis, als voor de naturapolis. De lidstaten van de Europese Unie hebben onderling afgesproken dat de kosten voor zorg worden vergoed. Vergelijkbare afspraken zijn gemaakt met een aantal verdragslanden. Heb je een naturapolis, dan moet je voor het vertrek aan je zorgverzekeraar vragen om een Europese zorgpas. Daarmee kun je in een andere lidstaat aantonen dat je in Nederland bent verzekerd en dat Nederland garant staat voor eventuele vergoedingen van kosten. Je hebt dan recht op de zorg zoals die geregeld is door het stelsel van het vakantie land. Als je een restitutiepolis hebt, dan hoef je geen Europese zorgpas aan te vragen en kun je gemaakte kosten achteraf declareren bij de zorgverzekeraar, uiteraard voor zover deze onder de dekking van uw polis vallen. Je kunt echter bij ziekte en/of ongeval beter de zorgverlener vragen contact op te nemen met je zorgverzekeraar, op de zorgpas staat altijd een 24-uurs telefoonnummer, om een betalingsmachtiging te krijgen, zodat de betaling rechtstreeks gaat.

Het kan gebeuren dat de kosten niet volledig vergoed worden, maar ten hoogste tot het in Nederland gebruikelijke tarief. Het is dan ook verstandig hiervoor een aanvullende verzekering of een reisverzekering af te sluiten, waarin ziektekosten secundair zijn gedekt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de kosten niet volledig vergoed worden, maar ten hoogste tot het in Nederland gebruikelijke tarief. De kosten die bij de ziektekostenverzekeraar niet gedekt zijn of onder het eigen risico vallen, kunnen dan toch nog vaak voor vergoeding in aanmerking komen. Bij ziekte of een ongeval in het buitenland is het altijd verstandig om zowel de alarmcentrale van de zorgverzekeraar als die van de reisverzekeraar te contacteren.

**Zie ook.**

- Miniserie van VWS ([www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering](http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering)).
- Zorgverzekeraars Nederland ([www.zorgverzekeraars.nl](http://www.zorgverzekeraars.nl)).
- Reisverzekering ([www.scoutingverzekeringen.nl](http://www.scoutingverzekeringen.nl)).
- Zorgverzekeringwet ([www.overheid.nl/wetten](http://www.overheid.nl/wetten)).

**Bijlagen.**

Bij deze publicatie behoren geen bijlagen.