

Vergoeding & zorgverzekering

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten.

Zorgverzekeringen vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuiszorg. U betaalt echter altijd een verplicht eigen risico. In 2024 is dat 385 euro (net zoals in 2023). Heeft u zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen, afhankelijk van uw aanvullende verzekering. De website Steffie (<https://nieuws.steffie.nl/nieuws/past-jouw-zorgverzekering-nog-bij-je-.html>) geeft u handvaten om te controleren of uw huidige zorgverzekering nog bij u past. Kijk voor meer informatie over zorgverzekeringen op de website van de overheid (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>).

De kosten van een behandeling worden niet altijd (helemaal) vergoed!

Veel onderzoeken en behandelingen in het ziekenhuis worden vergoed door uw zorgverzekeraar. Ze zitten in de basisverzekering, die voor alle patiënten hetzelfde is. Maar niet alle zorg wordt (volledig) vergoed.

Het is mogelijk dat u een naturapolis of budgetpolis heeft afgesloten, waarbij uw zorgverzekeraar de zorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis niet of slechts deels vergoedt.

Ook worden sommige behandelingen alleen vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Voor zorg die valt onder uw aanvullende verzekering krijgt u zelf de rekening van het ziekenhuis. U kunt deze rekening vervolgens declareren bij uw zorgverzekeraar.

De tarieven die het Jeroen Bosch Ziekenhuis in rekening brengt als u niet verzekerd bent, vindt u op de pagina 'De kosten van uw behandeling (prijzlijst DBC)' (<https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/de-kosten-van-uw-behandeling-tarieven-dbc>).

Altijd een verwijsbrief nodig

U heeft een verwijsbrief nodig als u naar een specialist in het ziekenhuis wilt. De verwijzing blijft 1 jaar geldig vanaf de datum waarop de (huis)arts deze heeft afgegeven. Binnen dat jaar moet u een 1e afspraak hebben bij de specialist in het ziekenhuis. Als de behandeling nog niet is afgerond en u bent nog niet terugverwezen naar de huisarts, is een nieuwe verwijzing niet nodig. Uit uw medisch dossier moet duidelijk zijn of de behandeling is afgerond of niet.

Eigen risico

U betaalt een eigen risico als u 18 jaar of ouder bent en gebruikmaakt van zorg uit het basispakket. De kosten voor diagnostisch onderzoek, medicijnen of voor andere voorgeschreven zorg in het ziekenhuis vallen onder dit eigen risico. In 2024 is het eigen risico € 385. U betaalt dus zelf de eerste € 385. Pas daarna betaalt uw zorgverzekeraar de kosten. Lees meer over het eigen risico (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>) op de website van de overheid.

Zorgverzekering kinderen

Ook voor kinderen is het in Nederland verplicht om een zorgverzekering (minimaal een basisverzekering) te hebben. Binnen 4 maanden na de geboorte dient een kind ingeschreven te zijn bij een zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld door het kind bij één van de ouders mee te verzekeren. Voor kinderen jonger dan 18 jaar hoeft geen premie betaald te worden, omdat de overheid hun

zorgverzekering financiert. Ook hebben kinderen onder de 18 jaar geen eigen risico.

Als het kind 18 wordt:

- moet het kind (of de ouder voor het kind) premie gaan betalen voor de zorgverzekering. Het kind mag een eigen zorgverzekering afsluiten, maar mag ook meeverzekerd blijven bij een van de ouders. In beide gevallen geldt echter dat er voor uw kind premie moet worden betaald. Kinderen moeten premie betalen vanaf de 1e dag van de maand, volgend op de maand waarin ze 18 jaar worden.
- heeft hij of zij een wettelijk eigen risico. Dit eigen risico telt vanaf de 1e dag van de maand nadat je 18 bent. Het eigen risico wordt naar rato berekend over de resterende dagen van het jaar.

Vergoeding van vervoer naar het ziekenhuis

In de basisverzekering is ook een vergoeding opgenomen voor ziekenvervoer. U ontvangt een vergoeding voor eigen vervoer, taxivervoer of openbaar vervoer in de volgende situaties:

- Nierdialyses in het ziekenhuis; inclusief afspraken (consulten), onderzoeken en controles die bij de behandeling horen.
- Behandelingen van kanker waarvoor u naar het ziekenhuis moet komen, zoals chemotherapie, bestraling (radiotherapie) of immunotherapie. Dit geldt ook voor de consulten, onderzoeken en controles die bij de behandeling horen.
- Als u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen.
- Als u begeleiding nodig heeft omdat u slecht ziet.

Zorgverzekeraars kunnen uitzonderingen maken. Neem voor meer informatie contact op met uw eigen zorgverzekeraar. Houd er rekening mee dat u een eigen bijdrage moet betalen. Daarnaast geldt ook het eigen risico.

Heeft u geen verzekeringsbewijs of bent u onverzekerd?

Wanneer u niet in Nederland verzekerd bent voor zorgkosten en u niet in het bezit bent van een geldige Europese Verzekeringskaart, komen de kosten van de onderzoeken, behandelingen en verblijf in het ziekenhuis voor uw eigen rekening.

- Planbare zorg (voor planbare zorg dienen vooraf afspraken gemaakt te worden over de betaling).
- Spoedeisende en medisch noodzakelijke (basis-)zorg

Wanneer er sprake is van spoedeisende en medisch noodzakelijke (basis-)zorg, vraagt het Jeroen Bosch Ziekenhuis u een voorschot van € 250,00 te betalen. U kunt dit bedrag contant of per pin voldoen. Pas als dit voorschot is voldaan ontvangt u een geldig dagticket van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waarmee u zich kunt melden op de polikliniek. Het voorschot dat u heeft betaald, wordt verrekend met de factuur die u na behandeling ontvangt. Zijn de kosten van uw behandeling lager dan €250,00 dan krijgt u het teveel betaalde bedrag teruggestort op uw rekening. Zijn de kosten hoger, dan moet u het verschil bijbetalen, binnen de daarvoor geldende termijn.

Patiënt uit het buitenland

Patiënten uit het buitenland met een geldige European Health Insurance Card (uit EEG-landen en Australië) of een E111 formulier (uit niet EEG-landen) hoeven geen voorschot te betalen. De EHIC of het E111-formulier kan de patiënt aanvragen bij de eigen verzekeringsmaatschappij in het land van herkomst.

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning

Per 1 januari 2018 heeft het JBZ een contract met het CAK voor het verstrekken van medisch noodzakelijke basiszorg aan uitgeprocedeerde asielzoekers. Voor meer informatie over de regeling van het CAK kunt u contact opnemen met de Zorgadministratie: telefonisch op maandag t/m vrijdag tussen 09.00 – 16.00 uur via telefoonnummer (073) 553 85 00.

Heeft u vragen?

Veel vragen over de kosten en/of vergoeding van een behandeling worden vaker gesteld. Bekijk hier de veel gestelde vragen met

antwoorden (<https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/veel-gestelde-vragen-over-tarieven-en-vergoedingen-ziekenhuiszorg>).

Code NHZ-026