



## **Naar het ziekenhuis. Hoe zit het met de kosten?**

Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis? Of bent u al patiënt? Op deze pagina vindt u informatie over het betalen van ziekenhuiszorg.

**Informeer vóór behandeling. Het kan zijn dat de kosten van uw behandeling niet worden vergoed.**

### **Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis**

Kijkt u dan eerst op de website van uw zorgverzekeraar met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. Kijk ook in uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling worden vergoed. Wanneer u er niet helemaal uitkomt of als u twijfelt over met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten, schroom dan niet om contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

### **Ziekenhuiszorg kan voor u financiële gevolgen hebben**

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuis-zorg. U betaalt echter altijd een verplicht eigen risico. Heeft u zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit hangt ook af van uw aanvullende verzekering. Ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis, moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen.

### **Verplicht eigen risico**

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering. De zorgverzekeraar vergoedt dit. Uw zorgverzekeraar moet dan wel een contract hebben met het ziekenhuis waar u zorg afneemt. Het ziekenhuis dient de rekening rechtstreeks in bij uw zorgverzekeraar. U betaalt altijd eerst een eigen risico. Het eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Als u zorgkosten heeft die onder de basisverzekering vallen, dan betaalt u de eerste kosten zelf tot het bedrag van uw eigen risico. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u dan zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar.

### **Bent u aanvullend verzekerd**

Sommige ziekenhuiszorg valt niet of niet helemaal onder de basisverzekering. Dat betekent dat u de rekening volledig of gedeeltelijk zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor aanvullend verzekeren. Het hangt van de voorwaarden van uw aanvullende verzekering af of uw behandeling wordt vergoed. Lees daarom de overeenkomst met uw zorgverzekeraar goed door om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende verzekering. Heeft u geen aanvullende verzekering? Dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering vallen, volledig zelf betalen. Het ziekenhuis stuurt deze rekening rechtstreeks naar u toe.

### **Geen contract met zorgverzekeraar**

Als uw ziekenhuis geen contract heeft met uw zorgverzekeraar, dan moet u een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan de zogenaamde passantenprijs in rekening aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Deze passantenprijzen kunt u vinden op de website van het ziekenhuis. Ziekenhuizen proberen te voorkomen dat u zelf de rekening van de behandeling ontvangt. Dat doen ze door goede afspraken met de zorgverzekeraar te maken. U kunt ook overstappen op een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met uw ziekenhuis. U kunt één maal per jaar van zorgverzekering veranderen. Uw bestaande verzekering moet u dan opzeggen vóór 1 januari. Vóór 1 februari daaropvolgend moet u een nieuwe zorgverzekering hebben afgesloten. Deze geldt dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari.

## **Geen medische noodzaak**

Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) is altijd uitgesloten van een vergoeding uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf. U kunt hiervoor bij het ziekenhuis een prijsopgave vragen.

## **Altijd verwijsbrief nodig**

U heeft een verwijzing voor specialistische zorg nodig als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Heeft u geen geldige verwijsbrief als u in een ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas behandeld wordt als u de juiste verwijsbrief heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. In de meeste gevallen krijgt u een verwijsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Een verwijsbrief is een jaar geldig.

## **Heeft u een nieuwe zorgverzekeraar**

Het ziekenhuis stuurt de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de behandeling verzekerd was. Die startdatum is dus bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening ontvangt.

## **Als u niet verzekerd bent**

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Als u ondanks de wettelijke verplichting niet bent verzekerd, moet u alsnog een basisverzekering afsluiten. Doet u dit niet, dan moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. U betaalt dan meestal eerst een voorschot van de te verwachten kosten.

## **Meer weten**

Neem contact op met uw zorgverzekeraar als u wilt weten of uw behandeling wordt vergoed of als u vragen heeft over uw polisvoorwaarden. Op de website van ons ziekenhuis kunt u informatie krijgen over de prijzen van een behandeling. Gaat u hiervoor naar [www.zorgzaam.org](http://www.zorgzaam.org) onder het kopje "ziekenhuis" bij "[kosten & verzekering](#)". Hier vindt u ook een overzicht van de zorgverzekeraars waar een contract mee is afgesloten.