

Patiënteninformatie



Eigen risico in de zorg

Wat is het eigen risico?

Elke volwassene in Nederland heeft een verplicht eigen risico voor de basisverzekering zorg. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie en hebben daarom géén eigen risico.

Het eigen risico geldt per jaar en níét per verzekeraar. Wie halverwege het jaar overstapt naar een andere verzekeraar krijgt niet opnieuw te maken met het verplichte eigen risico.

Wat is de hoogte van het eigen risico?

Het eigen risico van de zorgverzekering is in 2014 omhoog gegaan van €350 naar €360.

Dat betekent dat elke volwassene de eerste € 360 medische zorg zelf moet betalen.

Pas daarna betaalt uw zorgverzekeraar de kosten die onder de verzekerde zorg van uw polis vallen. Het eigen risico geldt *per persoon* en is niet overdraagbaar.

Als u in een bepaald jaar al meer kosten heeft gemaakt dan het eigen risico, worden de overige kosten dus wel geheel vergoed. Ook als deze bezoeken los van elkaar staan.

Spoedeisende Hulp

Voor een bezoek aan de huisarts of de huisartsenpost geldt *geen* eigen risico.

Voor een bezoek aan de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis *wel*.

Het is dus verstandig om voor medische hulp - behalve als er sprake is van een levensbedreigende situatie - eerst naar de huisarts of de huisartsenpost te gaan. Als het nodig is, verwijst de huisarts u door naar het ziekenhuis.

Tarieven Spoedeisende hulp

Bij een bezoek aan uw Spoedeisende hulp heeft u dus de keuze om u in te laten schrijven op de Spoedeisend hulp. U gaat daarmee akkoord met de kosten die dit met zich meebrengt en het deel wat u daarvan via uw eigen risico zelf moet betalen.

De hoogte van deze tarieven zijn vastgesteld tarieven en daarmee niet perse een keuze van uw ziekenhuis.

Uitzonderingen op het verplicht eigen risico

Niet alle medische zorg telt mee voor het verplichte eigen risico van € 360. Voor de volgende zorg krijg u geen rekening van de zorgverzekeraar toegestuurd:

- zorg door de huisarts;
- (tandheelkundige) zorg uit de basisverzekering voor kinderen tot 18 jaar;
- verloskundige zorg;
- kraamzorg;
- bruikleenartikelen;
- gratis bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld naar borstkanker);
- de grieprik voor risicogroepen;
- zorg die vanuit de aanvullende (tandarts)verzekering wordt vergoed.

Vrijstelling verplicht eigen risico

Zorgverzekeraars kunnen het verplicht eigen risico gedeeltelijk of helemaal niet in rekening te brengen. U kunt hiervoor in aanmerking komen wanneer u:

- naar een zorgverlener gaat met wie de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt;
- gebruik maakt van geneesmiddelen of hulpmiddelen die de zorgverzekeraar aanraadt;
- een preventieprogramma volgt tegen diabetes, overgewicht of hart- en vaatziekten.

Of en in welke gevallen u vrijstelling of korting op het verplicht eigen risico krijgt, beslist elke zorgverzekeraar zelf.

Raadpleeg hiervoor de polisvoorwaarden of neem contact op met uw zorgverzekeraar.

Vrijwillig eigen risico

Daarnaast is er nog een vrijwillig eigen risico mogelijk.

Als je het komend jaar weinig zorgkosten verwacht kan je het verplichte eigen risico verhogen met een vrijwillig eigen risico.

In ruil voor het risico dat je loopt, betaal je minder premie. Dat kan een besparing opleveren van enkele tientjes per maand. Heb je een vrijwillig eigen risico afgesloten, dan tellen de medische kosten die je maakt eerst mee voor het verplicht eigen risico en pas daarna voor het vrijwillig eigen risico.

Voor meer informatie verwijzen wij u graag naar uw zorgverzekeraar.

Rode Kruis Ziekenhuis

Redactie: Afdeling Communicatie en Afdeling Algemeen RKZ

Vondellaan 13

1942 LE Beverwijk

Foto: Robert Koelewijn - JuistInBeeld.nl

T : +31 (0) 251 26 5555

W : rkz.nl



/RKZ.BrandwondencentrumBeverwijk



/RodeKruisZH



/company/rode-kruis-ziekenhuis

Zorg van de Zaak

Het RKZ maakt deel uit van het Zorg van de Zaak Network.