



## Eigen risico, hoe zit dat nou precies?

De overheid wil dat je eerst goed nadenkt voordat je naar een zorgverlener gaat. Daarom is er het eigen risico. Je betaalt eerst zelf een bedrag aan eigen risico voordat je een vergoeding krijgt. Het eigen risico geldt alléén voor zorg vanuit de basisverzekering. Voor zorg vanuit de aanvullende verzekering zoals, bijvoorbeeld, tandartsverzekering hoeft je geen eigen risico te betalen. In 2018 is het verplicht eigen risico € 385,-. Dit geldt voor elke premiebetalende verzekerde vanaf 18 jaar. Kinderen onder de 18 jaar betalen dus geen eigen risico. Het bedrag wordt jaarlijks vastgesteld door de regering.

### **Wat telt mee voor het eigen risico?**

Je betaalt eigen risico voor onder meer: consult bij een medisch specialist; operatie of behandeling in het ziekenhuis; medicijnen; geestelijke gezondheidszorg; dieetadvies; ambulancevervoer.

### **Wat telt niet mee voor het eigen risico?**

Je betaalt *geen* eigen risico voor onder meer: inschrijfgeld en kosten van zorg bij een huisarts; kosten van verloskundige zorg en kraamzorg; kosten van nacontroles van nier- en leverdonoren; hulpmiddelen in bruikleen; ketenzorg (diagnose behandel combinatie); kosten die vallen onder uw aanvullende verzekering.

### **Wat is het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage?**

Sommige zorg krijg je niet compleet vergoed. Je betaalt dan een *gedeelte* van de kosten zelf. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. De overheid bepaalt voor welke zorg je een eigen bijdrage betaalt.

**Je bepaalt zelf het vrijwillig eigen risico (niet verplicht)** Je kunt ook kiezen voor een extra vrijwillig eigen risico, bovenop het wettelijke eigen risico. Hoe hoger je vrijwillig eigen risico, hoe minder premie je betaalt. Het vrijwillig eigen risico loopt van € 100,- tot € 500,-.

**Let op:** Wanneer je een zorgbehandeling contant afrekent, dien je de declaratie daarna in bij de zorgverzekering. Valt de behandeling onder de vergoeding van de basisverzekering, dan wordt het bedrag dat je hebt betaald, in mindering gebracht op je eigen risico. Je hebt dan dus minder eigen risico in dat jaar over. De verzekeraar zal dit bedrag niet van je rekening afschrijven, dan zou je immers twee keer betalen. Is het eigen risico in een jaar helemaal betaald? Dan vergoedt de verzekeraar de kosten. Hoeveel je vergoed krijgt en voor welke behandeling, is altijd afhankelijk van jouw polisvoorwaarden.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet jouw zorgverlener erkend zijn door de zorgverzekeraars en een zogenaamde 'AGB code' hebben. Mijn AGB code staat op de declaratie die je ontvangt.

Met vriendelijke groet,

Yvonne Daalmans