Vergoeding door de zorgverzekering

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Deze basisverzekering is voor alle mensen hetzelfde. Veel onderzoeken en behandelingen in het ziekenhuis worden vergoed door uw zorgverzekeraar omdat ze onder de basisverzekering vallen. Maar niet alle zorg wordt (volledig) vergoed!

U BETAALT JAARLIJKS EERST EEN EIGEN RISICO

Iedereen van 18 jaar of ouder betaalt jaarlijks een verplicht eigen risico. In 2025 en 2026 is het eigen risico €385,00. U betaalt dus zelf de eerste €385,00. Pas daarna betaalt uw zorgverzekeraar de kosten (als die onder de verzekering vallen).

Loopt uw behandeling over meerdere kalenderjaren? Dan betaalt u ieder jaar dit verplichte eigen risico. Zie voor meer informatie: 'Veelgestelde vragen (https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/naar-het-ziekenhuis/kosten-en-zorgverzekering/veel-gestelde-vragen-over-tarieven-en-vergoedingen-ziekenhuiszorg)'.

Het eigen risico geldt bijvoorbeeld voor verblijf en behandeling in het ziekenhuis, medicijnen, ambulancevervoer en bepaalde hulpmiddelen. Voor huisartsenzorg, bevolkingsonderzoeken en bijvoorbeeld de griepprik voor risicogroepen geldt geen eigen risico.

U heeft een verwijzing nodig

Als u naar een specialist in het ziekenhuis wilt, heeft u een verwijzing nodig. Heeft u geen verwijzing en is de factuur naar uw zorgverzekeraar doorgestuurd? Dan zal uw zorgverzekeraar deze factuur naar u doorsturen en moet u deze zelf betalen.

De verwijzing blijft 1 jaar geldig vanaf de datum waarop de (huis)arts deze heeft afgegeven. Binnen dat jaar moet u een eerste afspraak hebben bij de specialist in het ziekenhuis. Als de behandeling nog loopt 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.

Als u een nieuwe zorgvraag heeft, is een nieuwe verwijzing nodig.

Vergoeding is afhankelijk van uw zorgverzekering

- Zorg uit de basisverzekering wordt in principe volledig vergoed. U betaalt hierbij wel uw eigen risico.
- Zorg die niet onder de basisverzekering valt, moet u misschien (deels) zelf betalen. Het JBZ heeft voor 2026 met alle zorgverzekeraars een contract gesloten. Of u recht heeft op vergoeding, hangt af van de polis die u heeft afgesloten. Als u een **aanvullende verzekering** heeft en de zorg hieronder valt, krijgt u zelf de rekening van het ziekenhuis. U kunt deze rekening vervolgens indienen bij uw zorgverzekeraar. U ontvangt het bedrag waar u voor verzekerd bent terug van 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 (DBC tarieven) (https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/naar-het-ziekenhuis/kosten-en-zorgverzekering/de-kosten-van-uw-behandeling-tarieven-dbc).
- Wanneer u geen zorgverzekering hebt in Nederland en u geen geldige Europese Verzekeringskaart hebt, bent u **onverzekerd**. Dan komen de kosten van de onderzoeken, behandelingen en verblijf in het ziekenhuis voor uw eigen

rekening.

Als u zorg nodig hebt die te plannen is (geen spoed), moet u vooraf afspraken met ons maken over de betaling.

Bij spoedeisende en medisch noodzakelijke (basis-)zorg, vragen wij u een voorschot van €250,00 te betalen. Pas als u dit voorschot heeft betaald, krijgt u een dagticket van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waarmee u zich kunt melden op de polikliniek. Het voorschot dat u heeft betaald, verrekenen wij 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.

Kinderen

Kinderen moeten in Nederland binnen 4 maanden na de geboorte ingeschreven zijn bij een zorgverzekeraar, voor minimaal een basisverzekering. 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.

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

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft een contract met het CAK voor het verstrekken van medisch noodzakelijke basiszorg aan uitgeprocedeerde asielzoekers. Voor meer informatie hierover kunt u bellen naar de Zorgadministratie op maandag t/m vrijdag tussen 09.00 – 16.00 uur via telefoonnummer (073) 553 85 00.

Heeft u vragen?

- Bekijk hier de veel gestelde vragen met antwoorden (https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/veel-gestelde-vragen-over-tarieven-en-vergoedingen-ziekenhuiszorg).
- Kijk voor meer algemene informatie over zorgverzekeringen op de website van de Rijksoverheid (https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering).

Code NHZ-026

Copyright 2026 Jeroen Bosch Ziekenhuis