

# Naheffing eigen risico bij doorlopende behandeling



Patiënten krijgen soms te maken met een rekening voor het eigen risico van het vorige jaar terwijl de behandeling in het huidige kalenderjaar heeft plaatsgevonden. Je krijgt bijvoorbeeld een brief van je zorgverzekeraar met een rekening voor het eigen risico van 2016, terwijl je in 2017 naar het ziekenhuis bent geweest voor de behandeling.

Deze naheffing zorgt bij veel mensen voor de nodige kopzorgen en roept vragen op: moet je het eigen risico van vorig jaar alsnog betalen? En waarom eigenlijk?

## Hoe werkt het?

Het onderstaande stappenplan geeft inzicht in de werking van het eigen risico bij een doorlopende behandeling en waarom er soms een nabetaaling voor je zorgverzekering van toepassing is:

### 1. Begindatum: openen dbc

Als je voor de eerste keer naar het ziekenhuis gaat, wordt er op dezelfde dag een **diagnose-behandelingcombinatie (dbc)** geopend. Dit is de startdatum van het behandeltraject. Het maakt hierbij niet uit of je voor een consult, (kort) onderzoek of een behandeling in het ziekenhuis moet zijn.

*Belangrijk:*

- De dbc wordt na 90 dagen afgesloten.
- Er moet eigen risico betaald worden voor het jaar van de startdatum (de dag dat de dbc is geopend).
- De rekening voor het eigen risico ontvang je kort nadat de dbc wordt afgesloten.

### 2. Vervolg-dbc 1

Bij een doorlopende behandeling wordt er een eerste vervolg-dbc geopend die rechtstreeks volgt op de dbc.

*Belangrijk:*

- De vervolg-dbc 1 wordt na 120 dagen afgesloten.
- Indien er binnen vervolg-dbc 1 een behandeling/consult/onderzoek plaatsvindt, moet eigen risico betaald worden afhankelijk van de startdatum van vervolg-dbc 1. Bijvoorbeeld: als de startdatum van vervolg-dbc 1 in 2017 is, zal er voor dat jaar eigen risico moeten worden betaald (385 euro).
- De rekening voor het eigen risico ontvang je kort nadat de vervolg-dbc wordt afgesloten.

### 3. Vervolg-dbc 2

Er wordt een tweede vervolg-dbc geopend, tenzij de behandeling is afgerond. Deze vervolg-dbc volgt rechtstreeks op de eerste vervolg-dbc.

*Belangrijk:*

- Vervolg-dbc 2 wordt na 120 dagen afgesloten.
- Indien er binnen vervolg-dbc 2 een behandeling/consult/onderzoek plaatsvindt, moet eigen risico betaald worden afhankelijk van de startdatum van vervolg-dbc 2.
- De rekening voor het eigen risico ontvang je kort nadat de vervolg-dbc wordt afgesloten.

#### 4. Etc.

Het proces van het openen en sluiten van vervolg-dbc's gaat door totdat de patiënt helemaal klaar is met het behandeltraject. Dit is meestal bij de (laatste) nacontrole. Er worden daarna geen nieuwe vervolg-dbc's meer geopend.

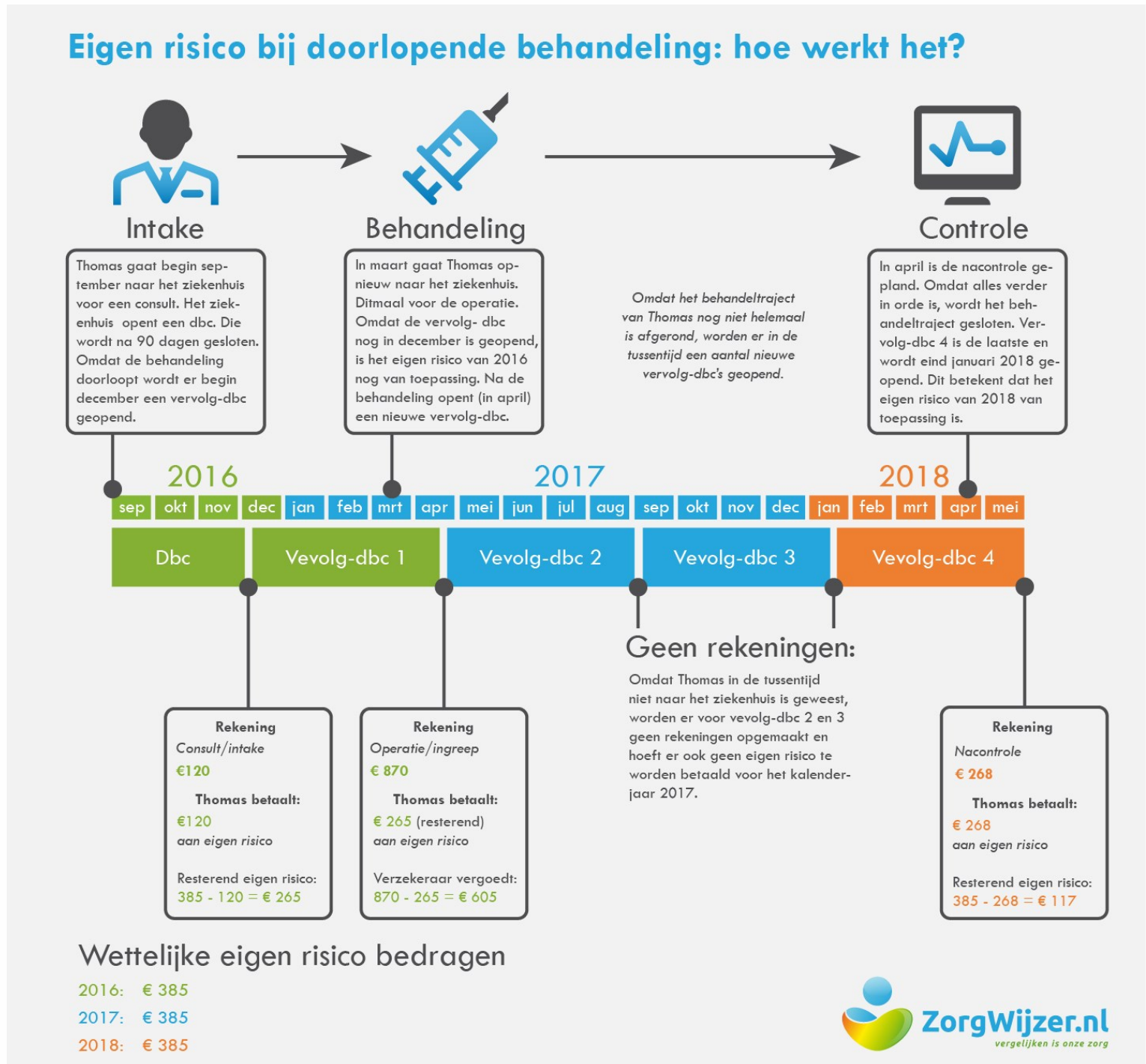
#### Belangrijk:

- Het behandeltraject sluit bij de laatste controle en/of als er geen vervolgbehandelingen meer nodig zijn.
- Voor de laatste keer wordt er een eigen risico in rekening gebracht voor de gemaakte zorgkosten, afhankelijk van het jaar waarin de laatste vervolg-dbc is geopend.
- Het eigen risico wordt in rekening gebracht, nadat de laatste vervolg-dbc wordt afgesloten.

### Voorbeeld (infographic):

Hieronder staat een infographic die het bovenstaande visueel toelicht aan de hand van een voorbeeld:

(klik op de afbeelding voor een vergroting)



#### Vragen?

Heb je vragen over de facturering van het eigen risico? Neem dan contact op met de zorgverzekeraar. Ook bij een eerste bezoek/gesprek met het

ziekenhuis kunt u vragen hoe het zit met de berekening van het eigen risico tijdens het behandeltraject.

## Over het eigen risico

Het eigen risico is een wettelijk drempelbedrag dat Nederlandse verzekerden uit eigen portemonnee moeten betalen voor diverse zorgvormen die door de basisverzekering vergoed worden. Denk aan verblijf en behandeling in het ziekenhuis, medicatie, ambulance vervoer en bepaalde hulpmiddelen. Zodra het drempelbedrag in een bepaald jaar volledig is betaald, zal de verzekeraar de resterende zorgkosten voor rekening nemen.

[Meer over eigen risico](#) >

Er zijn ook een aantal zorgvormen waarvoor geen eigen risico betaald hoeft te worden, zoals huisartsenzorg, verloskundige- en kraamzorg, zorg voor jongeren onder 18 jaar en zorg die is gedekt uit de aanvullende verzekering.

### Vrijwillig verhogen

Ieder jaar kan de verzekerde besluiten om zijn/haar eigen risico vrijwillig te verhogen. Dat kan met maximaal 500 euro. In ruil voor dit hogere risico, ontvangt de verzekerde een premiekorting op zijn/haar [zorgverzekering](#) die kan oplopen tot meer dan 20 euro per maand.

[Vergelijken is onze zorg](#) ©1998 - 2017 | [Disclaimer](#) | [Privacy Policy](#) | [Colofon](#)

AFM: 12044266 | Kifid: 300.016412 | KvK: 6481037

