

A man with a beard and short dark hair, wearing a white tank top, is looking at his reflection in a large, arched mirror. He is smiling slightly and has his hands on his hips. The background is a plain, light-colored wall.

Velthuis kliniek

Vergoeding van uw behandeling

Eigen risico | DBC-zorgproduct

| 2026

Met een verwijsbrief van uw huisarts wordt uw consult en uw behandeling, net als in het ziekenhuis, volledig vergoed door uw zorgverzekeraar met uitzondering van het eigen risico. De afgiftedatum van de verwijsbrief dient vóór de datum van het consult te liggen. Declaraties met achteraf aangevraagde verwijsbrieven worden door de zorgverzekeraars niet geaccepteerd waardoor u de nota zelf dient te betalen.

Velthuis kliniek

Bij Velthuis kliniek kunt u terecht voor behandelingen op het gebied van plastische chirurgie, injectables en huidverbetering. Cosmetische behandelingen komen altijd voor eigen rekening – u krijgt dus geen vergoeding via uw zorgverzekering. Soms wordt een behandeling echter op medische indicatie uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan een borstverkleining vanwege rugklachten of een behandeling van zware acne. Bent u aanvullend verzekerd, dan is soms een (gedeeltelijke) vergoeding mogelijk. U heeft hiervoor wel een machtiging van uw zorgverzekeraar nodig en een verwijsbrief van uw huisarts of medisch specialist. In deze folder geven we uitleg over uw eigen risico, de vergoedingen en de kosten (diagose-behandel-combinaties, de DBC-zorgproducten).

Vraagt u zich wel eens af waarom u uw medische kosten soms gedeeltelijk of niet vergoed krijgt? Dit kan dan te maken hebben met het eigen risico en/of een eigen bijdrage. Omdat wij transparantie belangrijk vinden zetten wij informatie hierover graag voor u op een rij.

Verzekering

Basisverzekering

In Nederland is iedereen verplicht om een basisverzekering af te sluiten. De overheid bepaalt ieder jaar door middel van de Zorgverzekeringswet welke zorg de basisverzekering dekt. Dit zijn bijvoorbeeld bezoeken aan de huisarts, specifieke ziekenhuiszorg en bepaalde geneesmiddelen. Andere zorg moet u zelf betalen. De vergoeding vanuit de basisverzekering is voor iedereen gelijk, namelijk 100%.

Aanvullende verzekering

Een aanvullende verzekering vergoedt zorg die niet vanuit de basisverzekering vergoed wordt. In tegenstelling tot de basisverzekering is een aanvullende verzekering niet verplicht. Een verzekerde kan zelf kiezen of hij/zij een aanvullende verzekering wilt afsluiten.

Zorgverzekeraars kunnen zelf kiezen welke zorg ze dekken en de hoogte van de vergoeding bepalen. Dit kan dus per aanvullende polis en verzekering verschillen. Voor meer informatie hierover verwijzen wij u naar uw zorgverzekeraar.

Eigen risico

Er zijn twee soorten eigen risico: het verplichte eigen risico en het vrijwillige eigen risico.

Wat is het verplichte eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, moet u een deel van de zorg die valt onder de basisverzekering eerst zelf betalen. Dat deel heet het verplichte eigen risico. De hoogte van het verplichte eigen risico is wettelijk bepaald en bedraagt voor 2026 € 385 per persoon. Het eigen risico wordt door uw zorgverzekeraar in rekening gebracht.

Wanneer krijgt u geen rekening voor het verplichte eigen risico?

Niet voor alle medische zorg dient eerst het verplichte eigen risico te

worden betaald. Voor 2026 is vastgesteld dat voor de volgende zorg géén eigen risico geldt (u krijgt hiervoor dus geen rekening van de zorgverzekeraar toegestuurd):

- zorg door de huisarts (voorgeschreven medicijnen en bloedonderzoeken zijn niet uitgesloten van het eigen risico)
- verloskundige zorg en kraamzorg (let op de eigen bijdrage voor kraamzorg en de ziekenhuisbevalling zonder medische noodzaak)
- hulpmiddelen in bruikleen
- zorg voor jongeren onder de 18 jaar
- zorg die vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt vergoed
- zorg die door de aanvullende verzekering vergoed wordt, bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen of tandheelkundige zorg

Voor alle overige zorg geldt dat u eerst uw eigen risico moet opmaken. Het maakt daarvoor niet uit of u naar onze kliniek komt of naar een andere zorginstelling gaat. Komt u voor een behandeling die valt onder verzekerde zorg en heeft u in 2026 nog geen zorgkosten gemaakt, dan worden de kosten van het consult met uw eigen risicobedrag van € 385 door uw zorgverzekeraar verrekend. Belangrijk is dat u altijd een verwijsbrief van uw huisarts of van uw medisch specialist meeneemt naar het consult. Zonder verwijsbrief krijgt u de kosten niet vergoed en zijn wij genooddaakt u een rekening te sturen.

Wat is het vrijwillige eigen risico?

Naast het verplichte eigen risico kunt u bij uw zorgverzekeraar zelf kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kiest dan een bedrag van bijvoorbeeld € 100 of € 300 per jaar dat bovenop het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening komt. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico, dan betaalt u meestal minder premie voor uw zorgverzekering. De zorgkosten die niet onder het verplichte eigen risico vallen, tellen ook niet mee voor het vrijwillige eigen risico.

Eigen bijdrage

Wat is de eigen bijdrage?

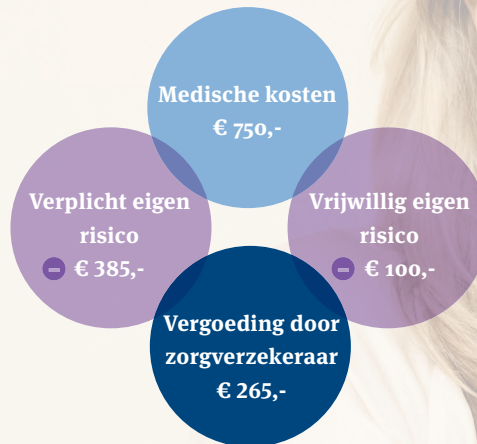
De eigen bijdrage is het deel van de kosten dat u voor bepaalde zorg uit de basisverzekering zelf moet betalen. De eigen bijdrage geldt naast het eigen risico. De overheid heeft bepaald voor welke zorg een eigen bijdrage geldt. Het bedrag is voor iedereen gelijk. De eigen bijdrage is bij de zorg die Velthuis kliniek levert niet van toepassing.

Rekenvoorbeeld

Hieronder treft u ter verduidelijking een rekenvoorbeeld aan.

Verplicht en vrijwillig eigen risico

Stel u maakt (voor de eerste maal dit jaar) € 750 aan medische kosten voor zorg die valt onder de basisverzekering. Voor deze zorg blijkt geen eigen bijdrage te gelden. U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. Dat betekent dat uw totale eigen risico neerkomt op een bedrag van € 485 (verplicht eigen risico van € 385 + vrijwillig eigen risico van € 100). U betaalt in deze situatie eerst zelf het eigen risicobedrag van € 485. Het bedrag dat daarna overblijft is € 265 (€ 750 - € 485). Dit bedrag van € 265 komt voor rekening van uw zorgverzekeraar.



Wordt uw behandeling bij Velthuis kliniek vergoed?

Behandelingen op basis van cosmetische indicatie worden niet vergoed bij Velthuis kliniek. Voor behandelingen op basis van medische indicatie geldt het volgende:

Velthuis kliniek maakt ieder jaar opnieuw afspraken met verschillende zorginkooporganisaties. Deze organisaties vertegenwoordigen verschillende zorgverzekeraars. Van verzekeraar tot verzekeraar verschilt de dekkingsgraad binnen verschillende polissen en ook de voorwaarden die aan bepaalde behandelingen worden gesteld. De mogelijkheid bestaat dat u niet voldoende aanvullend verzekerd bent voor de gewenste behandeling en derhalve geen of maar een gedeeltelijke vergoeding ontvangt van uw zorgverzekeraar.

Wij raden u daarom aan dit voordat u op consult komt goed uit te zoeken bij uw zorgverzekeraar. Mocht uw zorgverzekering de behandeling niet (volledig) dekken dan komen de kosten van de operatie voor uw eigen rekening.

Heeft u echter een aanvullende verzekering, dan kunnen de voorwaarden afwijken. Informeer altijd eerst bij uw zorgverzekeraar of raadpleeg uw polisvoorwaarden voordat u een afspraak maakt voor een consult. Zo komt u niet voor verrassingen te staan. Daarnaast is het verstandig rekening te houden met uw verplicht eigen risico. In 2026 moet u in ieder geval de eerste € 385,- aan medische kosten zelf betalen.

Geen overeenkomst: passantentarief

Als uw zorgverzekeraar geen prijsafspraken met Velthuis kliniek heeft gemaakt en u toch bij ons behandeld wilt worden, dan kan dat natuurlijk. In deze situatie geldt het zogenaamde passantentarief. U krijgt dan zelf de rekening ter betaling toegestuurd. Vervolgens moet u zelf met uw zorgverzekeraar in contact treden om dit vergoed te krijgen. U kunt de passantentarieven 2026 vinden op de website

van Velthuis kliniek, <https://www.velthuiskliniek.nl/over-velthuis/verzekerde-zorg/>

Wilt u in aanmerking komen voor vergoeding, dan moet u altijd een verwijsbrief van de huisarts of medisch specialist meenemen naar het consult. Uw consult en behandeling worden dan, net als in het ziekenhuis, volledig of gedeeltelijk vergoed door uw zorgverzekeraar, met uitzondering van het eigen risico. De afgifte datum van de verwijsbrief dient vóór de datum van het consult te liggen. Declaraties met achteraf aangevraagde verwijsbrieven worden door de zorgverzekeraars niet geaccepteerd waardoor u de nota zelf dient te betalen.

De huisarts fungeert namelijk als poortwachter voor de medisch specialisten in Nederland en zal de eerste beoordeling doen. Wanneer ook de plastisch chirurg een vergoeding mogelijk acht, zal hij/zij een machtiging aanvragen bij uw zorgverzekeraar. Uw zorgverzekeraar beoordeelt uiteindelijk of de machtiging wordt gehonoreerd en of de behandeling geheel of gedeeltelijk vergoed wordt.

U kunt uw zorgverzekeraar vragen naar de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Let op: het aanvragen van een machtiging kost tijd. Zolang uw zorgverzekeraar geen reactie op de machtigingsaanvraag heeft gegeven, is behandeling nog niet mogelijk. De zorgverzekeraar stuurt het origineel naar u als cliënt met daarbij een kopie naar Velthuis kliniek. Als de zorgverzekeraar geen toestemming geeft voor behandeling, dan zijn de kosten van de operatie voor uw eigen rekening. Het zal per verzekeraar en soort verzekering verschillen wie vergoeding krijgt en wie niet. Krijgt u geen vergoeding, dan kunt u overwegen de ingreep voor eigen kosten te laten uitvoeren. Uw plastisch chirurg kan u informeren over de kosten.

DBC-zorgproduct: Vergoeding van uw behandeling

Zorg wordt gefinancierd op basis van diagnose-behandel-combinaties (DBC-zorgproducten). Dit geldt voor zowel ziekenhuizen als zorginstellingen. Uw zorginstelling brengt de kosten in rekening bij de verzekeraar of bij u als patiënt wanneer de gegevens van de zorgverzekeraar of een verwijfsbrief van uw huisarts of medisch specialist ontbreken.

Wat is een DBC-zorgproduct?

Wanneer u in een zorginstelling komt, brengt de zorginstelling niet elke scan, injectie of behandeling afzonderlijk in rekening. Het betalen van deze zorg gebeurt via diagnose behandel-combinaties, ook wel DBC-zorgproducten genoemd. Dit zijn pakketten zorg die gebruikelijk zijn bij een bepaalde behandeling. De prijs voor dit DBC-zorgproduct is een gemiddelde van alle zorgkosten bij een dergelijke behandeling. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de omschrijvingen van de DBC-zorgproducten vast en bepaalt welke DBC-zorgproducten zorginstellingen in rekening kunnen brengen.

Hoe is het tarief van een DBC-zorgproduct opgebouwd?

Het tarief van een DBC-zorgproduct is een combinatie van de kosten die de zorginstelling maakt voor diagnosestelling, behandeling en het honorarium van de medisch specialist. Na afloop van de behandeling ontvang u een rekening voor alles wat er geregistreerd is in het DBC-zorgproduct. Bij zorgkosten is er meestal sprake van een vrij tarief waarover de zorginstelling met de verzekeraar onderhandelt. Daarom kunnen de kosten voor eenzelfde behandelcombinatie per zorgverzekeraar en per zorginstelling verschillen van elkaar.

Informatie over uw rekening

Na afloop van de behandeling stuurt de zorginstelling de rekening naar uw zorgverzekeraar of naar u als patiënt. Op deze factuur staat de startdatum en de einddatum van uw DBC-zorgproduct. Voor welk jaar het eigen risico wordt aangesproken is afhankelijk van de startdatum van uw DBC. Heeft u vragen over deze rekening, dan kunt u contact opnemen met de zorginstelling of uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor een overzicht van vergoedingen en de verrekening van uw eigen risico.

Hoe wordt bepaald welk DBC-zorgproduct geldt?

Wanneer u in een zorginstelling komt na verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts, stelt de medisch specialist een diagnose. Op basis hiervan opent hij een DBC-zorgtraject (startdatum DBC-zorgproduct). Dan staat nog niet vast welk bedrag u of uw zorgverzekeraar uiteindelijk moet betalen. Welk DBC-zorgproduct uiteindelijk geldt, is afhankelijk van onder andere de volgende factoren:

- De kosten zijn gebaseerd op een gemiddelde behandeling. Daardoor maakt het niet uit of er bijvoorbeeld één of drie röntgenfoto's zijn gemaakt.
- De zwaarte van de behandeling telt wel mee. Zo maakt het uit of u moet overnachten of meteen naar huis kunt.
- Het maakt ook uit of u wel of geen operatie heeft ondergaan.
- Ook het aantal bezoeken aan de medisch specialist kan een rol spelen.

De hoogte van de factuur van een DBC-zorgproduct wordt niet beïnvloed door de tijd die nodig is om een diagnose te stellen of om een behandeling uit te voeren. De landelijke regelgeving is dat het soort behandeling bepalend is voor de hoogte van de factuur. Het uiteindelijke DBC-zorgproduct wordt vastgesteld op basis van alle vastgelegde informatie.

De rekening van uw behandeling en het eigen risico

Na een operatieve behandeling wordt het DBC-zorgproduct gesloten op de 42e dag na de datum waarop de ingreep heeft plaatsgevonden en een factuur naar uw zorgverzekeraar gestuurd. Wanneer u geen operatie nodig had maar een conservatieve behandeling heeft ondergaan, wordt 90 dagen na opening van het DBC-zorgproduct de factuur verstuurd. Vervolgens stelt uw zorgverzekeraar vast of er voor u een verplicht eigen risico of eigen bijdrage geldt en kunt u een eventuele verrekening verwachten. Mocht een eindcontrole of vervolgspraak ná het afsluiten van het DBC-zorgproduct plaatsvinden, dan zal er door de zorginstelling een vervolg DBC-zorgproduct geopend worden. Het DBC-zorgproduct kan nooit langer dan 120 dagen openstaan en wordt dan dus altijd afgesloten. Het is mogelijk dat uw behandeling bestaat uit meerdere DBC-zorgproducten. Een DBC-zorgtraject kent namelijk een maximale behandelperiode. Dit kan tussen de 43 en 120 dagen zijn, afhankelijk van de zorg die geleverd is. Het kan dan zijn dat de kosten van deze afspraak opnieuw door uw zorgverzekeraar ingehouden worden op uw eigen risico.

Overdracht naar een andere specialist

Wanneer u door uw specialist wordt doorverwezen naar een andere specialist binnen dezelfde zorginstelling voor dezelfde aandoening dan wordt er geen nieuw DBC-zorgproduct geopend maar blijft de reeds geopend DBC-zorgproduct actief.

Meerdere DBC-zorgproducten

Soms bent u voor meerdere aandoeningen in behandeling bij mogelijk verschillende specialisten. Dan kunnen meerdere DBC-zorgproducten gelden. Elke specialist opent in dat geval een eigen DBC-zorgtraject. De specialist en het zorginstellingpersoneel zijn samen verantwoordelijk dat ze alle zorgactiviteiten goed vastleggen en koppelen aan het juiste DBC-zorgproduct. Ook hierbij geldt dat wanneer een nieuwe DBC geopend wordt in een volgend kalenderjaar, u er rekening mee dient te houden dat het nieuwe eigen risico ingaat. De startdatum van de DBC bepaalt namelijk voor welk jaar het eigen risico wordt aangesproken.

Meer informatie NZa

Wilt u meer weten over DBC-zorgproducten en tarieven of heeft u een vraag aan de NZa, kijk dan op www.nza.nl

Tot slot

Velthuis kliniek hoopt hiermee duidelijkheid te geven over de vergoeding voor uw behandeling. Als u nog vragen heeft, kunt u altijd bellen met ons Informatiecentrum: 088 – 778 52 01

Meest gestelde vragen over de vergoeding van uw medische behandeling

Ik heb een factuur ontvangen vanuit Stichting Xpert Clinic. Hoe zit dat?

Velthuis kliniek is een merknaam die wordt gebruikt door verschillende entiteiten van de Equipe Zorgbedrijven groep (waaronder Xpert Clinics Nederland B.V. en Velthuis kliniek Nederland B.V.). De behandelaar en de entiteit die factureert onder de verzekerde zorg behandelovereenkomst is Stichting Xpert Clinic.

Ik heb een factuur ontvangen, maar ik ben verzekerd.

Er zijn een aantal mogelijkheden waarom u als patiënt de rekening toch thuis heeft ontvangen.

- Het kan zijn dat wij geen verwijsbrief van u hebben ontvangen of met een afgifte datum na het consult. In beide gevallen krijgt u de kosten niet vergoed en zijn wij genoodzaakt u een rekening te sturen. Heeft u wel een verwijsbrief van uw huisarts of medisch specialist neem dan gerust contact met ons op.
- Het kan zijn dat uw verzekeringsgegevens bij ons niet bekend zijn. In dit geval kunt u het beste contact opnemen met ons Informatiecentrum.
- Het kan ook zijn dat de startdatum van uw zorgverzekering ligt ná de startdatum van het DBC-zorgproduct (uitleg DBC-zorgproduct vindt u in deze brochure). In de wet is vastgelegd dat de startdatum van het DBC-zorgproduct als leidraad geldt bij het declareren. De startdatum van het DBC-zorgproduct staat vermeld op de factuur. Wanneer de zorgverzekering op de startdatum van het DBC-zorgproduct (nog) niet in orde was, kan de factuur niet gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar en komt deze factuur voor eigen rekening.

Ik heb een factuur gekregen, maar het is al heel lang geleden dat ik ben geweest. De factuur komt erg laat.

Een DBC-zorgproduct heeft een standaard behandelperiode. Dit kan tussen 43 en 120 dagen zijn, afhankelijk van het DBC-zorgproduct. Na deze standaard behandelperiode kan het DBC-zorgproduct worden afgesloten. De einddatum op uw factuur geeft de datum weer van de sluiting van het DBC-zorgproduct. Pas na het afsluiten kan er gefactureerd worden. Het kan dus zo zijn dat u een factuur heeft ontvangen met een startdatum van meer dan 120 dagen geleden.

Ik ben slechts één keer/tien minuten gezien door een arts, maar krijg toch een hoge rekening.

Elk DBC-zorgproduct heeft een standaard prijs. Deze prijs is gebaseerd op de totale behandeling die bij een DBC-zorgproduct hoort. Omdat niet alle patiënten het hele traject doorlopen, is er landelijk afgesproken de gemiddelde prijs te hanteren. Er zijn dus patiënten die minder zorg gebruiken dan gemiddeld en er zijn patiënten die meer zorg gebruiken dan gemiddeld. Voor alle patiënten binnen een DBC-zorgproduct moet dezelfde prijs gefactureerd worden. De hoogte van de factuur wordt niet beïnvloed door de tijd die nodig is om een diagnose te stellen of om een behandeling uit te voeren. De landelijke regelgeving maakt dat het soort behandeling bepalend is voor de hoogte van de factuur.

De startdatum op de factuur komt niet overeen met de datum van mijn behandeling binnen de zorginstelling.

De startdatum en einddatum geven het begin en eind aan van een DBC-zorgproduct. Alle verrichtingen die plaats hebben gevonden voor de zorgvraag waarvoor het DBC-zorgproduct geopend is, vallen in dit DBC-zorgproduct. Bij onze zorginstelling is de startdatum uw eerste afspraak op de kliniek. Dit kan zowel een consultafpraak als een behandeling zijn geweest.

Ik ben slechts één keer geweest, maar tussen de begin- en einddatum zit drie maanden.

De startdatum en einddatum geven het begin en eind aan van een DBC-zorgproduct. Alle zorgactiviteiten die plaats hebben gevonden voor de zorgvraag waarvoor het DBC-zorgproduct geopend is, vallen in dit DBC-zorgproduct. Wanneer een DBC-zorgproduct wordt afgesloten hangt af van het type traject. Bij een operatieve behandeling wordt het DBC-zorgproduct gesloten 43 dagen na uw ontslag. Bij een conservatieve behandeling wordt het DBC-zorgproduct gesloten 90 dagen na opening van het DBC-zorgproduct, bij een vervolgetraject 120 dagen. Dit is tevens ook de maximale looptijd. De einddatum geeft dus niet uw laatste contact in de kliniek weer, maar het einde van de standaard behandelperiode. Wanneer u voor dezelfde klacht terugkomt naar de kliniek binnen een jaar na het afsluiten van het voorgaande DBC-zorgproduct, wordt er een vervolg DBC-zorgproduct met terugwerkende kracht geopend.

Ik wil weten wat een DBC-zorgproduct kost, hoe kom ik dat te weten?

Op onze website kunt u een standaard prijslijst van DBC-zorgproducten voor passanten vinden. Dit zijn de prijzen die gehanteerd worden voor mensen die geen verzekering hebben of een verzekering waar wij geen contract mee hebben afgesloten. Deze prijslijst geeft u een idee hoeveel een DBC-zorgproduct kost. Wanneer wij wel een contract hebben met uw zorgverzekeraar, is er onderling een prijs afgesproken. Deze prijsafspraken liggen over het algemeen lager dan de passantentarieven. Velthuis kliniek heeft met alle grote zorgverzekeraars contracten afgesloten.

Komen alle verrichtingen op mijn factuur te staan?

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft besloten om de informatievoorziening op de factuur van medisch specialistische zorg uit te breiden. Per 1 juni 2014 is het verplicht om de zorgactiviteiten op de factuur te vermelden. Deze factuur sturen wij naar uw zorgverzekeraar of, wanneer deze voor uw eigen rekening komt, naar u. Sommige zorgverzekeraars sturen de factuur door naar hun verzekeren, anderen doen dat alleen op aanvraag. In dit laatste geval dient u contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

De volgende zorgactiviteiten zijn verplicht om te melden:

- 1 Polikliniek- en eerste hulpbezoek
- 2 Dagverpleging
- 3 Kliniek
- 4 Diagnostische activiteiten
- 5 Operatieve verrichtingen
- 6 Overige therapeutische activiteiten
- 7 Beeldvormende diagnostiek

