

Ziekenhuiszorg: Wat betaalt u?



GAAT U BINNENKORT NAAR HET ZIEKENHUIS? OF BENT U AL PATIËNT?

In deze brochure vindt u informatie over het betalen van ziekenhuiszorg.

Informeer vóór behandeling, het kan zijn dat de kosten van uw behandeling niet geheel worden vergoed

Gaat u binnenkort naar het Bravis ziekenhuis? Kijkt u dan eerst op de website van uw zorgverzekeraar of deze met het ziekenhuis van uw keuze een contract heeft afgesloten voor de behandeling die u moet ondergaan. Kijk ook in uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling voor vergoeding in aanmerking komen. Komt u er niet helemaal uit of vraagt u zich af met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar een contract heeft? Neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Financiële gevolgen

Ziekenhuiszorg kan voor u financiële gevolgen hebben

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten (de basisverzekering). Zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuiszorg. U betaalt wel per jaar een eigen risico en voor bepaalde zorg een eigen bijdrage. Ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten met het Bravis ziekenhuis moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Wilt u zorg die niet onder de basisverzekering valt? Dan betaalt u de kosten zelf, tenzij uw aanvullende verzekering een deel of alles betaalt.

Kijk in uw polisvoorwaarden of neem contact op met uw zorgverzekeraar als u vooraf wilt weten of uw behandeling (helemaal of deels) wordt vergoed. Kiest u voor een behandeling die (deels) niet wordt vergoed? Dan moet u de ziekenhuisrekening zelf betalen.

Verwijzing

Voor vergoeding van ziekenhuiszorg (ook spoedeisende zorg) heeft u een verwijzing nodig. U heeft een verwijzing voor medisch specialistische zorg nodig als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Heeft u geen geldige verwijzing als u in een ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas behandeld wordt als u de juiste verwijzing heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. Voor spoedeisende hulp heeft u geen verwijzing nodig. Het is wel belangrijk dat u verzekerd bent, anders moet u zelf de kosten hiervoor betalen. In de meeste gevallen krijgt u een verwijzing via de huisarts, maar ook andere zorgaanbieders of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Een verwijzing is, na afgifte, een jaar geldig. U moet zich kunnen legitimeren in het ziekenhuis met een geldig ID. Ook kinderen moeten dat. De behandeling wordt anders niet vergoed.

Verplicht eigen risico in 2016: € 385,00

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering en wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis stuurt de rekening rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar, tenzij u hier andere afspraken over heeft gemaakt. Uw zorgverzekeraar verrekent na betaling van de ziekenhuisfactuur het eigen risico met u. Het door de overheid vastgestelde verplicht eigen risico bedraagt in 2016 € 385,00. Het eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Is de behandeling voor uw 18e verjaardag gestart, dan valt die niet onder het eigen risico. Het eigen risico betekent dat u in 2016 de eerste € 385,00 aan zorgkosten zelf moet betalen. Uw zorgverzekeraar stuurt u daarvoor een of meer rekeningen. U kunt naast dit verplichte eigen risico vrijwillig een hoger eigen risico hebben afgesproken met uw zorgverzekeraar in ruil voor een lagere verzekeringspremie. Voor bepaalde behandelingen of hulpmiddelen (bijvoorbeeld een bril) eisen zorgverzekeraars een eigen bijdrage. U krijgt daarvoor een rekening van de leverancier of van de zorgverzekeraar.

Bent u aanvullend verzekerd?

Een aantal ziekenhuisbehandelingen wordt niet uit de basisverzekering vergoed, of maar gedeeltelijk. Dat betekent dat u de rekening – of een deel daarvan – zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor in de meeste gevallen aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende zorgverzekering wordt vergoed, hangt af van de polisvoorwaarden. Lees daarom de overeenkomst met uw zorgverzekeraar goed door om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende verzekering. Heeft u geen aanvullende verzekering? Dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering valt, volledig zelf betalen. Het ziekenhuis stuurt deze rekening rechtstreeks naar u toe.

Geen contract met uw zorgverzekeraar?

Als uw ziekenhuis voor uw behandeling geen contract heeft met uw zorgverzekeraar, dan moet u een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis kan dan de zogenaamde passantenprijs in rekening brengen, aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Deze passantenprijzen kunt u vinden op de website van het ziekenhuis. U kunt ook overstappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met uw ziekenhuis of u kunt overstappen naar een restitutiepolis die u keuzevrijheid van zorgaanbieder biedt.

U kunt één keer per jaar van zorgverzekering veranderen. Uw bestaande zorgverzekering moet u dan opzeggen vóór 1 januari. Vóór 1 februari daaropvolgend moet u een nieuwe zorgverzekering hebben afgesloten. Deze geldt dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari.

Geen medische noodzaak?

Zorg zonder een medische noodzaak, bijvoorbeeld cosmetische chirurgie, wordt nooit vergoed uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf. U kunt het ziekenhuis vragen wat dit kost.

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

Is uw situatie niet levensbedreigend, ga dan naar de huisarts of huisartsenpost. De kosten voor een bezoek aan de huisarts of huisartsenpost vallen onder uw basisverzekering en hiervoor hoeft u geen eigen risico te betalen. Als het nodig is, verwijst de huisarts u naar het ziekenhuis.

De huisartsenpost is 's avonds, in het weekend en op feestdagen geopend, juist op die tijden dat u niet bij uw eigen huisarts terecht kan.

Wie betaalt de rekening?

Heeft u een nieuwe zorgverzekeraar?

Het ziekenhuis stuurt de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de behandeling verzekerd was. Die zorgverzekeraar krijgt dus de rekening, ook als u tijdens de behandeling overstapt naar een andere zorgverzekeraar.

Als u niet verzekerd bent

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Als u ondanks de wettelijke verplichting niet bent verzekerd, moet u alsnog een basisverzekering afsluiten. Doet u dit niet, dan betaalt u de volledige kosten van de behandeling zelf. U betaalt dan meestal eerst een voorschot.

Hoe komen prijzen van ziekenhuisbehandelingen tot stand?

Jaarlijks voert het ziekenhuis met alle zorgverzekeraars onderhandelingen voor het komend jaar. De prijzen die het ziekenhuis in rekening brengt zijn dus met uw zorgverzekeraar overeengekomen.

Ziekenhuizen gebruiken Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) om de zorg in rekening te brengen. In een DBC is vastgelegd welke diagnose en behandeling standaard bij uw zorgvraag horen. Er zijn ruim 4.500 DBC's met elk een eigen prijs. Uw totale behandeling, van het eerste consult bij de medisch specialist tot en met de laatste controle, kan uit meerdere DBC's bestaan.

Tijdens een behandeling moet na 90 of 120 dagen een nieuwe DBC worden geopend.

Afhankelijk van de soort behandeling die u ondergaat – poliklinisch, dagbehandeling, opname en/of operatie – kan de prijs verschillen. Ook is de prijs afhankelijk van de noodzakelijke onderzoeken en de totale looptijd van de behandeling.

Wat kost mijn behandeling?

De totale kosten van uw behandeling zijn meestal pas na afloop van die behandeling helder. Eerst moet duidelijk worden wat er aan de hand is en welke zorg u nodig heeft. Hiervoor is een eerste afspraak in het ziekenhuis nodig. Soms moet u verder onderzocht worden. Daarna volgen mogelijk één of meer behandelingen. Na 90/120 dagen stuurt het ziekenhuis een rekening naar u of naar uw zorgverzekeraar. Loopt uw behandeling nog, dan volgt een tweede rekening. Voor vragen hierover kunt u contact opnemen met het ziekenhuis. De prijzen van de meeste ziekenhuisbehandelingen zijn tot stand gekomen door onderhandelingen tussen uw zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Uw zorgnota

U kunt uw zorgnota of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via de ‘mijn omgeving’ van uw zorgverzekeraar. U ziet precies wat uw behandeling kost. In de zorgnota staat: de naam van het ziekenhuis, het specialisme, de consumentenomschrijving van de DBC's, de kosten, de begin en einddatum van een DBC en de zorgactiviteiten. Het ziekenhuis declareert voor uw behandeling een of meer DBC's, afhankelijk van de duur van uw behandeling. De declaratie wordt naar de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar controleert de declaratie van het ziekenhuis en verwerkt deze. Wanneer dit klaar is, ziet u de zorgnota in uw ‘mijn omgeving’ staan. Heeft u nog geen persoonlijk online account bij uw zorgverzekeraar? Via de website van uw zorgverzekeraar kunt u dit aanvragen.

Meer weten?

Wilt u weten hoeveel een behandeling gaat kosten? Neem dan contact op met het ziekenhuis voor een prijsindicatie. De zorgverzekeraar kan u vertellen of uw behandeling wordt vergoed, wat uw polisvoorwaarden zijn en hoe uw zorgnota is opgebouwd.

Voor meer informatie kunt u kijken op: **www.dezorgnota.nl**