

Ziekenhuiszorg in 2019: wat betaalt u?

Informatie over het betalen van ziekenhuiszorg

Inhoudsopgave

Klik op het onderwerp om verder te gaan.

Als u niet verzekerd bent	1
Verplicht eigen risico	1
Aanvullende verzekering	2
Geen contract met zorgverzekeraar	2
Altijd verwijsbrief nodig	2
Spoedeisende hulp of huisartsenpost	3
Heeft u een nieuwe zorgverzekeraar?	3
Hoe komen prijzen van ziekenhuisbehandelingen tot stand?	3
Wat kost mijn behandeling?	3
Uw zorgnota	3
Tot slot	4
Belangrijke telefoonnummers	4

Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis of bent u al patiënt? In deze folder vindt u informatie over het betalen van ziekenhuiszorg.

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten (basisverzekering). Zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuiszorg. U betaalt echter altijd een verplicht eigen risico (2019: €385). Heeft u zorg nodig die niet onder de basiszorg valt, dan moet u de rekening zelf betalen, tenzij u aanvullend verzekerd bent. Het hangt van deze aanvullende verzekering af of u zelf nog een bepaald bedrag moet betalen.

Ook moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen als uw verzekeraar geen contract heeft afgesloten met het ETZ. Kijk daarom altijd eerst op de website van uw zorgverzekeraar of er een contract met ons ziekenhuis is afgesloten.

Als u niet verzekerd bent

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

Verplicht eigen risico

De meeste zorg die het ETZ verleent, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door uw zorgverzekeraar, als deze een contract met het ETZ heeft afgesloten. Het ziekenhuis dient de rekening rechtstreeks in bij uw zorgverzekeraar, die dit vervolgens met u verrekent. U betaalt altijd eerst een eigen risico. Het eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit betekent dat u in 2019 altijd de eerste 385 euro aan zorgkosten die onder de basisverzekering vallen, zelf moet betalen. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u dan zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar. Het vrijwillige eigen risico is maximaal 500 euro. Dit bedrag komt bovenop het

verplichte eigen risico van 385 euro. De startdatum van het zorgtraject is bepalend voor uw eigen risico.

Aanvullende verzekering

Sommige ziekenhuiszorg valt niet of slechts gedeeltelijk onder de basisverzekering. Een voorbeeld hiervan is zorg zonder medische noodzaak, zoals cosmetische chirurgie. Deze zorg moet u dus (deels) zelf betalen. U kunt via de website www.etz.nl kijken wat u dit gaat kosten. Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de verzekeringsvoorwaarden. Lees de overeenkomst met uw zorgverzekeraar goed door of neem bij vragen contact op met uw zorgverzekeraar.

Heeft u geen aanvullende verzekering? Dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering vallen, volledig zelf betalen. Het ziekenhuis stuurt deze rekening rechtstreeks naar u toe. Bent u aanvullend verzekerd, maar krijgt u toch een factuur thuis? Dat kan omdat het ziekenhuis niet kan zien of u aanvullend verzekerd bent. U krijgt de kosten in dat geval achteraf vergoed door uw zorgverzekeraar.

Geen contract met zorgverzekeraar

Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ETZ, dan moet u een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan de zogenaamde passantenprijs in rekening, aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Deze passantenprijzen kunt u vinden op de website van het ziekenhuis. Raadpleeg uw polisvoorwaarden om te zien welk deel van de kosten uw zorgverzekeraar aan u terugbetaalt. Door goede afspraken met de zorgverzekeraar te maken, probeert het ETZ te voorkomen dat u zelf de rekening van ons ziekenhuis ontvangt.

Heeft uw zorgverzekeraar geen contract met het ETZ? Dan kunt u ervoor kiezen om over te stappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft. Echter; u kunt maar eenmaal per jaar van zorgverzekeraar veranderen. Uw bestaande verzekering 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.

Altijd verwijfsbrief nodig

U heeft een verwijfsbrief voor specialistische zorg nodig als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Heeft u geen verwijfsbrief als u in ons ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas behandeld wordt wanneer u de juiste verwijfsbrief wel heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk.

In de meeste gevallen krijgt u een verwijfsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten in het ETZ kunnen verwijfsbrief zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijfsbrief wordt geaccepteerd.

Een verwijfsbrief, met naam en handtekening van de verwijfsbrief, is een jaar geldig. De verwijfsbrief is alleen geldig als de datum van de brief, vóór de datum van de eerste afspraak in het ziekenhuis ligt. De verwijfsbrief is geldig zolang uw behandeling loopt.

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

Een bezoek aan de spoedeisende hulp gaat direct ten koste van uw eigen risico, als u dit nog niet heeft opgemaakt. U betaalt deze zorg dus zelf. De kosten voor een bezoek aan de spoedeisende hulp zijn minimaal 150 euro. In veel gevallen lopen de kosten al snel op naar 385 euro. Is uw situatie niet levensbedreigend? Dan kunt u beter naar uw eigen huisarts gaan.

Heeft u buiten kantooruren of in het weekend met spoed een huisarts nodig? Neem dan contact op met de huisartsenpost. De assistent geeft u advies hoe u het beste kunt handelen; u wordt doorverbonden met de huisarts, de huisarts belt u terug, er wordt een afspraak voor bezoek aan de huisartsenpost gemaakt of de huisarts komt bij u thuis. De kosten voor een bezoek aan de huisartsenpost vallen onder de basisverzekering. Hier hoeft u niet zelf voor te betalen.

Heeft u een nieuwe zorgverzekeraar?

Het ETZ stuurt de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de behandeling verzekerd was. Die startdatum is dus bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening ontvangt. Met de startdatum wordt het eerste ziekenhuisbezoek bedoeld.

Hoe komen prijzen van ziekenhuisbehandelingen tot stand?

Het ziekenhuis gebruikt Diagnose Behandel Combinatie-zorgproducten om de zorg in rekening te brengen. In een DBC-zorgproduct is vastgelegd welke diagnose en welke behandeling er bij uw zorgvraag horen. Er zijn ongeveer 4500 verschillende DBC-zorgproducten, elk met een eigen prijs. Uw totale behandeling, vanaf de eerste keer dat u in het ziekenhuis komt tot en met de laatste controle, kan uit meerdere DBC-zorgproducten bestaan. Afhankelijk van de soort behandeling die u ondergaat, poliklinisch, een dagbehandeling of een opname met eventueel een operatie, kan de prijs verschillen. Ook is de prijs afhankelijk van eventueel aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld een CT-scan) dat gedaan moet worden.

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 precies met u aan de hand is en welke zorg u nodig heeft. Hiervoor is een eerste afspraak in het ziekenhuis noodzakelijk. Soms moet u ook onderzocht worden. 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 ETZ.

Uw zorgnota

U kunt uw zorgnota of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via 'mijn omgeving' op de website van uw zorgverzekeraar. In de zorgnota staat dan precies de naam van het ziekenhuis waar u onder behandeling bent, het specialisme, de omschrijving van de DBC-zorgproducten en de begin- en einddatum van de DBC-zorgproducten, de kosten en alle zorgactiviteiten.

Het ETZ declareert, afhankelijk van de duur van uw behandeling een of meerdere DBC-zorgproducten. De declaratie wordt naar de zorgverzekeraar gestuurd. Deze controleert de declaratie en verwerkt

deze. Wanneer dat klaar is, ziet u de zorgnota in uw 'mijn omgeving' staan. Heeft u nog geen persoonlijke online account bij uw zorgverzekeraar, dan kunt u die via de website van uw zorgverzekeraar aanvragen.

Tot slot

Voor informatie over vergoedingen en zorgverzekeringen, kunt u het best terecht bij uw eigen zorgverzekeraar. Algemene informatie over zorgverzekeringen is ook te vinden op

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>

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

Meer informatie hierover vindt u ook op de websites: www.nvz.nl en www.degeschillencommissie.nl.

Belangrijke telefoonnummers

ETZ (Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis): (013) 221 00 00

Afdeling Facturatie: (013) 221 52 29

Algemeen, 41.922 12-18

Copyright© ETZ
Afdeling Communicatie
Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.