

Ziekenhuiszorg in 2024: wat betaal je?

Informatie over het betalen van ziekenhuiszorg

Ga je binnenkort naar het ziekenhuis of ben je al patiënt? In deze brochure vindt je 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. Je betaalt echter altijd een verplicht eigen risico (2024: 385 euro). Heb je zorg nodig die niet onder de basiszorg valt, dan moet je de rekening zelf betalen, tenzij je aanvullend verzekerd bent. Het hangt van deze aanvullende verzekering af of je zelf nog een bepaald bedrag moet betalen. Ook moet je mogelijk een deel van de kosten zelf betalen als jouw verzekeraar geen contract heeft afgesloten met het ETZ.

Als je niet verzekerd bent

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Als je ondanks de wettelijke verplichting niet bent verzekerd, moet je alsnog een basisverzekering afsluiten. Doe je dit niet, dan moet je 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 je zorgverzekeraar, indien deze een contract met het ETZ heeft afgesloten. Het ziekenhuis dient de rekening rechtstreeks in bij je zorgverzekeraar, die dit vervolgens met jou verrekent. Je 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 je 18 jaar wordt. Dit betekent dat je in 2024 altijd de eerste 385 euro aan zorgkosten die onder de basisverzekering vallen, zelf moet betalen. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat je een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heb je dan zelf afgesproken met je zorgverzekeraar. Het vrijwillige eigen risico is maximaal 500 euro. Dit bedrag komt bovenop het verplichte eigen risico van 385 euro. De startdatum van het DBC-subtraject bepaalt over welk jaar je eigen risico betaalt (een zorgtraject bestaat uit meerdere DBC-subtrajecten).

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 je dus (deels) zelf betalen. Je kunt via de website www.etz.nl/onverzekerde-zorg kijken wat je dit gaat kosten. Of je behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de verzekeringsvoorwaarden. Lees de overeenkomst met je zorgverzekeraar goed door of neem bij vragen contact op met je zorgverzekeraar. Heb je geen aanvullende verzekering? Dan moet je de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering vallen, volledig zelf betalen. Het ziekenhuis stuurt deze rekening rechtstreeks naar je toe.

Geen contract met zorgverzekeraar

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

contract met het ETZ? Dan kun je ervoor kiezen om over te stappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft. Echter; je kunt maar eenmaal per jaar van zorgverzekeraar veranderen. Je bestaande verzekering moet je dan opzeggen vóór 1 januari. Vóór 1 februari daaropvolgend moet je een nieuwe zorgverzekering hebben afgesloten. Deze geldt dan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari.

Altijd verwijsbrief nodig

Je hebt een verwijzing voor specialistische zorg nodig als je wilt dat deze wordt vergoed door je zorgverzekeraar. Heb je geen verwijsbrief als je in ons ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat je de behandeling zelf moet betalen of dat je pas behandeld wordt wanneer je de juiste verwijsbrief wel hebt. Je bent hiervoor zelf verantwoordelijk. In de meeste gevallen krijg je een verwijsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten in het ETZ kunnen de verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd.

Een verwijsbrief, met naam en handtekening van de verwijzer, is één jaar geldig. De verwijsbrief is alleen geldig als de datum van de brief vóór of op de datum van de eerste afspraak in het ziekenhuis ligt. De verwijsbrief is geldig zolang je behandeling loopt.

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

Een bezoek aan de Spoedeisende Hulp gaat direct ten koste van je eigen risico, als je dit nog niet hebt opgemaakt. Is jou situatie niet levensbedreigend? Dan kun je beter naar je eigen huisarts gaan. Heb je buiten kantooruren of in het weekend met spoed een huisarts nodig? Neem dan contact op met de Huisartsenpost. De assistent geeft je advies hoe je het beste kunt handelen: je wordt doorverbonden met de huisarts, de huisarts belt je terug, er wordt een afspraak voor bezoek aan de huisartsenpost gemaakt of de huisarts komt bij je thuis. De kosten voor een bezoek aan de huisartsenpost vallen onder de basisverzekering, hiervoor wordt geen eigen risico in rekening gebracht. Eventueel radiologisch en laboratorium onderzoek worden wel in rekening gebracht.

Heb je een nieuwe zorgverzekeraar?

Het ETZ stuurt de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar je op de startdatum van een DBC-subtraject verzekerd was (een zorgtraject bestaat uit meerdere DBC-subtrajecten). Die startdatum is dus bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening ontvangt.

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 je zorgvraag horen. Er zijn ongeveer 4500 verschillende DBC-zorgproducten, elk met een eigen prijs. Jouw totale behandeling, vanaf de eerste keer dat je in het ziekenhuis komt tot en met de laatste controle, kan uit meerdere DBC-zorgproducten bestaan. Afhankelijk van de soort behandeling die je 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 jou behandeling zijn meestal pas na afloop van de behandeling helder. Eerst moet duidelijk worden wat er precies met je aan de hand is en welke zorg je nodig hebt. Hiervoor is een eerste afspraak in het ziekenhuis noodzakelijk. Soms moet je ook onderzocht worden. Voor vragen hierover kunt je contact opnemen met het ziekenhuis. De prijzen van de meeste

ziekenhuisbehandelingen zijn tot stand gekomen door onderhandelingen tussen je zorgverzekeraar en het ETZ.

Je zorgnota

Je kunt jouw zorgnota of het declaratieoverzicht van je zorgverzekeraar digitaal bekijken via je persoonlijke omgeving op de website van je zorgverzekeraar. In de zorgnota staat dan precies de naam van het ziekenhuis waar je 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 jouw behandeling één of meerdere DBC-zorgproducten. De declaratie wordt naar de zorgverzekeraar gestuurd. Deze controleert de declaratie en verwerkt deze. Wanneer dit klaar is, zie je de zorgnota in jouw persoonlijke omgeving staan. Heb je nog geen persoonlijke online account bij jou zorgverzekeraar, dan kun je deze via de website van je zorgverzekeraar aanvragen.

Tot slot

Op de website www.dezorgnota.nl staan de meest gestelde vragen en antwoorden. Ook kun je zien met welke vraag, je bij welke instantie terecht kunt. Wil je weten hoeveel een behandeling gaat kosten? Neem dan contact op met afdeling Facturatie van het ETZ voor een prijsindicatie. De zorgverzekeraar kan jou vertellen of je behandeling wordt vergoed, wat je polisvoorwaarden zijn en hoe je zorgnota is opgebouwd. Meer informatie hierover kun je ook op de websites: www.nvz-ziekenhuizen.nl en www.degeschillencommissie.nl vinden.

Belangrijke telefoonnummers

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

Afdeling Facturatie: (013) 221 52 29