

Inleiding

Kom je binnenkort naar het Anna Ziekenhuis? Of ben je al patiënt? Hieronder vind je informatie over het betalen van ziekenhuiszorg. Kijk ook op de website van je zorgverzekeraar en sla je polisvoorwaarden er op na of de kosten van je behandeling worden vergoed.

Ziekenhuiszorg kan financiële gevolgen hebben

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuiszorg. Je betaalt echter altijd een eigen risico. Dit eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat je ook een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heb je dan zelf afgesproken met je zorgverzekeraar.

Op www.annaziekenhuis.nl/zorgkosten vind je o.a. de actuele hoogte van het eigen risico of vraag dit na bij je zorgverzekeraar.

De meeste zorg die wij verlenen, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Wij sturen de rekening rechtstreeks naar je zorgverzekeraar. Let wel: dit gebeurt alleen als wij een contract hebben met je zorgverzekeraar (zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om vanaf medio november te publiceren met welke ziekenhuizen zij een contract voor het volgende jaar hebben gesloten). Daarnaast bieden wij zorg die niet in de basisverzekering zit.

Budgetpolis

Als je een budgetpolis heeft, zal je zorgverzekeraar alleen de kosten vergoeden van het ziekenhuis waar zij een contract mee hebben gesloten. Het verschil met een naturapolis is dat een budgetpolis een beperktere keuzevrijheid kent.

Op www.annaziekenhuis.nl/contracten-zorgverzekeraars vind je de lijst met gecontracteerde zorgverzekeraars. Hier staat middels de term 'geselecteerde zorgaanbieder' aangegeven met welke zorgverzekeraars wij een contract hebben in het kader van een budgetpolis (let op zorgverzekeraars hanteren mogelijk een andere productnaam).

Wat kost mijn behandeling?

De totale kosten van je behandeling zijn meestal pas na afloop van die behandeling helder. Het moet eerst duidelijk worden wat er aan de hand is en welke zorg je nodig hebt. Hiervoor is een eerste afspraak in het ziekenhuis nodig. Soms moet je ook onderzocht worden.

De prijzen van de meeste ziekenhuisbehandelingen zijn tot stand gekomen door onderhandelingen tussen je zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Zorg buiten de basisverzekering

Heb je zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat je een deel van de rekening zelf moet betalen, afhankelijk van je aanvullende verzekering (zie de verzekeringsvoorwaarden van je zorgverzekering). Als je twijfelt of je voldoende aanvullend verzekerd bent, raden wij je aan om, voordat de behandeling plaatsvindt, navraag te doen bij je zorgverzekeraar.

Heb je geen aanvullende verzekering? Dan moet je de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering valt, volledig zelf betalen. Wij sturen deze rekening rechtstreeks naar je toe.

Ook als je zorgverzekeraar geen contract heeft met ons ziekenhuis, moet je (mogelijk) een deel van de kosten zelf betalen. Wij brengen dan een zogenaamd passantentarium in rekening aan je als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Dit passantentarium kun je vinden op onze website:

www.annaziekenhuis.nl/tarieven.

Je kunt ook overstappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met ons ziekenhuis of naar een restitutiepolis die je keuzevrijheid van zorgaanbieder biedt.

Let op: Je kunt één keer 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.

Zorg zonder medische noodzaak

Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) is altijd uitgesloten van een vergoeding uit de basisverzekering. Deze zorg betaal je dus zelf of wordt (deels) vergoed uit de aanvullende verzekering als je zich daarvoor verzekerd hebt. Je kunt voor deze zorg bij ons een prijsopgave vragen.

Als u niet verzekerd bent

Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht om 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. Je betaalt dan meestal eerst een voorschot op basis van de te verwachten kosten.

Altijd verwijsbrief nodig

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

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

Bezoek je de spoedeisende hulp van een ziekenhuis? Dan verrekent je zorgverzekeraar de vergoeding met je eigen risico. Is de rekening hoger dan je eigen risico, dan krijg je die extra kosten vergoed, ook als je zorgverzekeraar geen contract met het ziekenhuis heeft.

Is je situatie niet levensbedreigend, ga dan naar de huisarts of huisartsenpost. De kosten voor een bezoek aan de huisartsenpost vallen onder je basisverzekering en hiervoor hoeft je geen eigen risico te betalen. Als het nodig is, verwijst de huisarts je naar het ziekenhuis. De huisartsenpost is 's avonds, in het weekend en op feestdagen geopend, juist op die tijden dat je niet bij je eigen huisarts terecht kunt.

Uw zorgnota

Je kunt je zorgnota of het declaratieoverzicht van je zorgverzekeraar digitaal bekijken via de 'mijn omgeving' van je zorgverzekeraar. Je vindt daar meer informatie over de kosten van je behandeling.

Ziekenhuizen gebruiken Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) om de zorg in rekening te brengen. In een DBC is vastgelegd welke diagnose en behandeling bij je zorgvraag horen. Dit geldt voor het grootste deel van de zorg. Daarnaast wordt bij een aantal activiteiten geen DBC in rekening gebracht, maar een 'verrichting': de belangrijkste voorbeelden zijn behandelingen door de kaakchirurg en een opname op de afdeling intensive care. Je zorgverzekeraar verwerkt deze verrichtingen op dezelfde manier als DBC's.

In de zorgnota staat: de naam van het ziekenhuis, het specialisme, de consumentenomschrijving van de DBC's, de kosten en de begin- en einddatum van de DBC. Het ziekenhuis declareert voor je behandeling één of meerdere DBC's, afhankelijk van de duur van je behandeling. De declaratie wordt naar de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar controleert de declaratie van het ziekenhuis en verwerkt deze. Wanneer dit klaar is, zie je de zorgnota in je 'mijn omgeving' staan. Heb je nog geen persoonlijke online account bij je zorgverzekeraar? Via de website van je zorgverzekeraar kun je dit aanvragen.

Ben je (recentelijk) gewisseld van zorgverzekeraar?

Wij sturen de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar je op de startdatum van de behandeling verzekerd was. Die startdatum is dus bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening ontvangt.

Meer weten?

Voor vragen over je polisvoorwaarden, de vergoeding van behandelingen en je zorgnota, neem je contact op met je zorgverzekeraar. Voor meer informatie over (veranderingen in) je zorgnota en de kosten van de ziekenhuiszorg verwijzen wij je ook naar: www.dezorgnota.nl.

Wil je deze informatie online bekijken ga dan naar
www.annaziekenhuis.nl/medische-informatie/alg078-ziekenhuiszorg-wat-betaal-je/

Of scan met je telefoon of tablet de QR-code.



ALG078
07-01-2019