

Ziekenhuiszorg: Wat betaalt u?



Beter voor elkaar

Heeft u binnenkort een afspraak in ons ziekenhuis? Of bent u al patiënt?

Hieronder vindt u informatie over de kosten van uw zorg.

Wie betaalt uw zorg?

Iedereen die woont en werkt in Nederland is wettelijk verplicht om zich te verzekeren voor ziektekosten. Zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de kosten van de ziekenhuiszorg. Maar u blijft zelf ook verantwoordelijk voor de kosten van uw behandeling. Heeft u binnenkort een afspraak in het ziekenhuis? Kijk dan op de website van uw zorgverzekeraar met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar een contract heeft. Let daarbij op de voorwaarden van uw verzekering (polisvoorwaarden) of de kosten van uw behandeling vergoed worden.

Wat betaalt uw verzekering?

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis stuurt de rekening rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar. Dit geldt alleen als het ziekenhuis en uw zorgverzekeraar een contract hebben. Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis, krijgt u de rekening thuis gestuurd.

Wat betaalt u zelf?

De zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de gemaakte ziektekosten maar dit is niet altijd het geval. U betaalt altijd zelf uw eigen risico. De hoogte van uw wettelijk eigen risico kunt u navragen bij uw verzekeraar of vinden via www.postbus51.nl. Het ziekenhuis declareert de nota bij uw verzekering. De verzekeraar vraagt u het eigen risico aan hen te betalen. Doordat uw behandeling wegens landelijke regels niet altijd direct gedeclareerd mag worden en zowel het ziekenhuis als de verzekeraar enige doorlooptijd nodig hebben voor de administratieve verwerking, kan het zijn dat u soms enkele maanden na uw ziekenhuisbezoek pas het verzoek krijgt tot betaling van uw eigen risico. Dit kan ook over het jaar heen.

Heeft u zorg nodig die niet onder uw basisverzekering valt?

Dan kan het ook zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit is afhankelijk van de voorwaarden van uw verzekering en van uw aanvullende verzekering.

Ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis, moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen.

Op onze website www.ikazia.nl kunt u vinden met welke verzekeraars wij afspraken hebben.

Wat is uw eigen risico?

U betaalt een eigen risico als u ziekenhuiszorg krijgt die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Dit eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Het eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit betekent dat u in één kalenderjaar altijd het totaal van het eigen risico aan gemaakte zorgkosten die onder de basisverzekering vallen zelf moet betalen. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u een hoger vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u dan zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar.

Hoe zit het met verloskundige zorg en kraamzorg in het ziekenhuis?

Als de verloskundige zorg en of kraamzorg medisch noodzakelijk is dan betaalt u geen eigen risico voor verloskundige zorg en kraamzorg in het ziekenhuis.

Waar betaal ik voor ?

Omdat het ziekenhuis uw privacy moet beschermen staat er geen nauwkeurig omschrijving van uw behandeling op de factuur. Wilt u weten welk Zorgproduct in rekening is gebracht?

Hiervoor kunt u de website www.dezorgnota.nl raadplegen of de website van de Nederlandse Zorgautoriteit: www.nza.nl

Hoe ziet uw ziekenhuisnota eruit en wat staat er allemaal op?

Behandeltraject gestart vóór 1 juni 2014

Voor behandeltrajecten die zijn gestart vóór 1 juni 2014 werd niet elke scan, injectie of onderzoek apart afgerekend. Al deze zorg werd in zogenaamde DBC– zorgproducten verzameld. DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. In deze DBC zit alle zorg die u bijvoorbeeld voor uw gebroken arm heeft gekregen. Denk hierbij aan het consult bij de arts, foto's die van uw arm zijn gemaakt en het gips wat bij u gezet is. Aan deze DBC hangt een prijskaartje, deze prijs voor 'gebroken arm' is een gemiddelde van alle kosten die normaal gesproken bij een gebroken arm gemaakt worden. Belangrijk is de zwaarte van de behandeling. Als u een nacht in het ziekenhuis moet blijven of u wordt geopereerd dan hangt er een ander (duurder) prijskaartje aan de DBC. De begin en de einddatum van het DBC–zorgproduct staan ook vermeld.

Behandeltraject gestart vanaf 1 juni 2014 of daarna.

Als uw behandeltraject is gestart vanaf 1 juni 2014 of daarna dan worden op uw nota niet alleen de DBC, maar ook bijna alle losse verrichtingen vermeld. Dat gebeurt middels "leken–omschrijvingen". Deze "leken–omschrijvingen" zijn per verrichting landelijk vastgesteld en kunnen dus vreemd overkomen. De landelijke omschrijvingen worden pas vanaf 2016 aangepast.

Op uw nota staat ook de declaratiecode. Deze zes– cijferige code geeft aan welke behandeling (DBC–zorgproduct) u in het ziekenhuis heeft gehad en of deze wel of niet wordt vergoed door uw basisverzekering.

Op www.dezorgnota.nl kunt u meer informatie vinden over de gegevens op uw nota.

Bent u aanvullend verzekerd?

Sommige ziekenhuiszorg valt niet (helemaal) onder de basisverzekering. Dit betekent dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor bij uw zorgverzekeraar aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de voorwaarden van uw verzekering. Lees daarom de overeenkomst met uw zorgverzekeraar goed 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.

Heeft het ziekenhuis een contract met uw verzekeraar?

Ieder ziekenhuis heeft contractafspraken gemaakt met verschillende verzekeraars. Maar niet alle verzekeraars hebben contracten met alle ziekenhuizen. Voor u is het belangrijk te weten of uw zorgverzekeraar afspraken heeft met uw ziekenhuis. Deze informatie kunt u altijd vinden op de website van uw zorgverzekeraar. Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan het zogenaamde passantentarief in rekening, aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Het passantentarief is een vastgesteld tarief dat gerekend wordt als er geen afspraken zijn met uw verzekeraar. Door goede afspraken te maken met de zorgverzekeraars proberen de ziekenhuizen te voorkomen dat u zelf de rekening van het ziekenhuis ontvangt. Op onze website kunt u vinden met welke zorgverzekeraars wij afspraken hebben.

Geen medische noodzaak?

Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) is altijd uitgesloten van een vergoeding uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf. U kunt hiervoor bij het ziekenhuis een prijsopgave vragen (bij voorkeur per email via zorgadm@ikazia.nl).

Wanneer heeft u een verwijsbrief nodig?

U heeft altijd een verwijsbrief nodig behalve bij bezoek aan de Spoed Eisende Hulp (SEH). Heeft u geen geldige verwijsbrief 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 verwijsbrief heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. In de meeste gevallen krijgt u 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 één jaar geldig.

Naar de Spoed Eisende Hulp (SEH), maar zonder spoed en zonder verwijsbrief?

Een bezoek aan de SEH maar geen spoed wordt vergoed als u bent verzekerd, maar het is duurder dan een bezoek aan de huisarts. Het bezoek aan de SEH is duurder omdat u tijdens uw behandeling ook betaalt voor de beschikbaarheid van het gebouw, de artsen en alle andere zwaardere middelen die beschikbaar zijn op de SEH.

Bent u overgestapt naar een andere zorgverzekeraar?

Het ziekenhuis 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. Als u van verzekeraar verandert horen wij dat graag. U kunt dan een nieuw ponsplaatje laten maken bij de receptie van het ziekenhuis.

Bent u niet verzekerd?

Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten door middel van een ziektekostenverzekering. Als u ondanks de wettelijke verplichting niet bent verzekerd, moet u alsnog een basisverzekering afsluiten. Doet u dit niet, dan neemt het Ikazia Ziekenhuis u niet in behandeling. Wij zullen u ter controle altijd vragen naar uw verzekeringsgegevens zodra u zich bij ons meldt.

Afspraak annuleren?

Als u niet naar uw afspraak komt en u heeft deze ook niet 24 uur van tevoren afgezegd, dan brengt het Ikazia Ziekenhuis kosten in rekening. Uw verzekering vergoedt deze kosten niet.

U ontvangt op uw huisadres een factuur van de gemaakte kosten.

Heeft u nog vragen?

Neem contact op met uw zorgverzekeraar als u wilt weten of uw behandeling wordt vergoed of als u vragen heeft over uw polisvoorwaarden. Als u vragen heeft over de prijzen van een behandeling kunt u contact opnemen met de afdeling Financiën en Informatie van het Ikazia Ziekenhuis. Deze afdeling is telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 09.00 uur tot 12.00 uur via telefoonnummer:

T 010 290 2090

Of via de email: zorgadm@ikazia.nl



Ikazia Ziekenhuis
Montessoriweg 1
3083 AN Rotterdam
www.ikazia.nl

Ziekenhuiszorg wat betaalt u
800575-NL / 2014-07