

Kosten en verzekering

Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis? Kijk dan eerst op de website van uw zorgverzekeraar met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. Kijk in uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling worden vergoed. Ook wanneer u aanvullend bent verzekerd. Komt u er niet uit, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Het basispakket van de zorgverzekering vergoedt onder meer veelgebruikte geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen, verblijf in het ziekenhuis, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en wijkverpleging. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt welke zorgkosten via de basisverzekering vergoed worden. De inhoud van de basisverzekering is voor alle verzekerden en zorgverzekeraars gelijk.

Eigen risico

Iedereen van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. De overheid bepaalt jaarlijks de hoogte van dit bedrag. Als u zorgkosten moet betalen die vallen onder de basisverzekering, dan betaalt u dus altijd eerst uw eigen risico. De kosten van onder andere een bezoek aan de huisarts, huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en wijkverpleging tellen niet mee voor het eigen risico. Naast het verplichte eigen risico, kunt u ook nog een vrijwillig eigen risico hebben afgesproken met uw zorgverzekeraar.

Wanneer de startdatum van uw behandeling in het ziekenhuis bijvoorbeeld in november van het ene jaar is en de afsluiting van uw behandeling in februari van het volgende jaar, dan ontvangt u in het nieuwe jaar bericht van uw zorgverzekeraar dat de zorgnota is betaald. Er vindt dan een verrekening plaats met het (openstaande) eigen risico van het voorgaande jaar.

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Als u zorg afneemt bij een ziekenhuis dat géén contract heeft met uw zorgverzekeraar, dan moet u (een deel) van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan de zogenaamde passantenprijs in rekening aan u. Deze passantenprijzen kunt u vinden op de website van het ziekenhuis: www.ziekenhuisamstelland.nl. Ook bij zorg die wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering, krijgt u meestal de rekening thuis gestuurd. U moet dan zelf de kosten declareren bij de zorgverzekeraar. Zorg zonder medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) wordt nooit vergoed uit de basisverzekering. Vragen omtrent de kosten van een behandeling kunt u stellen aan de DOT Office van Ziekenhuis Amstelland.

Altijd een verwijfsbrief nodig

Voor medisch specialistische zorg heeft u altijd een verwijfsbrief nodig van de huisarts. Anders wordt deze niet vergoed door de zorgverzekeraar. Als u geen

verwijsbrief heeft, 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 van uw huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijzer zijn.

Als u niet verzekerd bent

Iedereen in Nederland is wettelijk verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Bent u dit niet, dan kunt u dit alsnog doen. Doet u dit niet, dan moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. U betaalt dan meestal eerst een voorschot voor de te verwachten kosten. De actuele bedragen hiervoor kunt u terugvinden op de website van Ziekenhuis Amstelland. Dit kan contant, via pinpas of creditcard betaald worden. Wanneer uw behandeling duurder is dan het voorschot, dan ontvangt u een factuur voor het resterende bedrag. Vallen de kosten lager uit dan het voorschot bedrag, dan ontvangt u dit weer terug op de rekening. Wanneer u om welke reden dan ook, niet of onvolledig verzekerd bent, meldt u dit dan direct bij aanmelding aan de Inschrijfbalie of bij de SEH of de afdeling Opname. Heeft u hier vragen over, dan kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar of met de DOToffice van Ziekenhuis Amstelland.

Hoe komt de prijs van uw behandeling tot stand?

Ziekenhuizen gebruiken Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) om de zorg in rekening te brengen. In een DBC is vastgelegd welke diagnose en behandeling bij uw zorgvraag horen. Uw totale behandeling, van het eerste consult bij de medisch specialist tot en met de laatste controle, kan uit meerdere DBC's bestaan. Elke DBC heeft een eigen tarief en de eerste periode van een zorgtraject staat maximaal 90 dagen

open. Indien het zorgtraject na deze periode nog niet is afgerond, wordt een vervolg traject gestart. Deze vervolg-DBC kan maximaal 120 dagen openstaan. Als een DBC-periode is afgesloten, verstuurt het ziekenhuis de rekening naar de zorgverzekeraar of direct naar de patiënt.

Pas als de diagnose en de exacte inhoud van het behandeltraject bekend zijn, kan het juiste DBC zorgproduct met de daarbij behorende prijs worden bepaald. Dat betekent dat bij aanvang van de behandeling vaak niet exact bepaald kan worden welk bedrag uiteindelijk in rekening zal worden gebracht. Er kan wel een indicatie worden gegeven van de prijs; deze kunt u vinden op de website van het ziekenhuis.

Uw zorgnota

Na het sluiten van een DBC-periode dient het ziekenhuis hieromtrent een declaratie in bij uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert en verwerkt deze. Wanneer dit klaar is, ziet u de zorgnota in uw "mijn omgeving" van de zorgverzekeraar staan. U kunt dan precies zien 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. Kunt u niet inloggen bij uw zorgverzekeraar, dan kunt u een online account via de website van uw zorgverzekeraar aanvragen? Via de website van uw zorgverzekeraar kunt u die aanvragen. Meer informatie hierover vindt u op www.dezorgnota.nl

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

Bezoekt u de spoedeisende hulp van een ziekenhuis? Dan vallen de kosten onder uw eigen risico. Is de rekening hoger dan uw eigen risico, dan krijgt u die extra kosten vergoed, ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis.

Is uw situatie niet levensbedreigend, ga dan naar de huisarts of huisartsenpost. Voor de kosten voor een bezoek aan de huisartsenpost hoeft u geen eigen risico te betalen. Als het nodig is, verwijst de huisarts u naar het ziekenhuis. De huisartsenpost is ook 's avonds, 's nachts, in het weekend en tijdens feestdagen geopend.

Heeft u een nieuwe verzekeraar?

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 bent overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De startdatum van de desbetreffende DBC-periode is tevens bepalend voor welk jaar het eigen risico wordt aangesproken. Dit geldt ook voor een eventuele vervolg-DBC.

Meer informatie:

- www.ziekenhuisamstelland.nl
- www.dezorgnota.nl
- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering.
- www.nza.nl

Heeft u toch nog vragen over uw nota?

Mail naar dot@zha.nl of bel naar 020 7557125 (dinsdag en donderdag tussen 9.00u en 11.30u) of neem contact op met uw zorgverzekeraar.

Opmerkingen over deze folder

Ontbreekt er informatie in deze folder of is iets onduidelijk beschreven, dan horen wij dat graag. U kunt uw opmerkingen doorgeven via voorlichting@zha.nl