

Inleiding

Komt u binnenkort naar het Anna Ziekenhuis? Of bent u al patiënt? Hieronder vindt u informatie over het betalen van ziekenhuiszorg. Kijk ook op de website van uw zorgverzekeraar en sla uw polisvoorwaarden er op na of de kosten van uw 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. U 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 u ook een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u dan zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar.

Op www.st-anna.nl/zorgkosten vindt u o.a. de actuele hoogte van het eigen risico of vraag dit na bij uw zorgverzekeraar.

De meeste zorg die wij verlenen, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Wij sturen de rekening rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar. Let wel: dit gebeurt alleen als wij een contract hebben met uw 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 u een budgetpolis heeft, zal uw 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.st-anna.nl/contracten-zorgverzekeraars vindt u 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 uw behandeling zijn meestal pas na afloop van die behandeling helder. Het moet eerst duidelijk worden wat er aan de hand is en welke zorg u nodig heeft. Hiervoor is een eerste afspraak in het ziekenhuis nodig. Soms moet u ook onderzocht worden.

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

Zorg buiten de basisverzekering

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

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

Ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met ons ziekenhuis, moet u (mogelijk) een deel van de kosten zelf betalen. Wij brengen dan een zogenaamd passantentarief in rekening aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Dit passantentarief kunt u vinden op onze website: www.st-anna.nl/tarieven-zorgproducten.

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

Let op: U kunt één keer 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.

Zorg zonder 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 of wordt (deels) vergoed uit de aanvullende verzekering als u zich daarvoor verzekerd hebt. U 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 u ondanks de wettelijke verplichting niet bent verzekerd, moet u alsnog een basisverzekering afsluiten. Doet u dit niet, dan moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. U betaalt dan meestal eerst een voorschot op basis van de te verwachten kosten.

Altijd verwijfsbrief nodig

U heeft een verwijfsing voor specialistische zorg nodig als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Heeft u geen geldige verwijfsbrief 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 verwijfsbrief heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. In de meeste gevallen krijgt u een verwijfsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijfsen zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijfsen wordt geaccepteerd. Een verwijfsbrief is een jaar geldig.

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

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

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

Uw zorgnota

U kunt uw zorgnota of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via de 'mijn omgeving' van uw zorgverzekeraar. U vindt daar meer informatie over de kosten van uw 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 uw 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. Uw 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 uw behandeling één of meerdere DBC's, afhankelijk van de duur van uw behandeling. De declaratie wordt naar de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar controleert de declaratie van het ziekenhuis en verwerkt deze. Wanneer dit klaar is, ziet u de zorgnota in uw 'mijn omgeving' staan. Heeft u nog geen persoonlijke online account bij uw zorgverzekeraar? Via de website van uw zorgverzekeraar kunt u dit aanvragen.

Bent u (recentelijk) gewisseld van zorgverzekeraar?

Wij sturen 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.

Meer weten?

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

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

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



ALG078
07-01-2019