

Ziekenhuiszorg: wie betaalt de kosten?

Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis of bent u al patiënt? Voorkom dat u achteraf onverwacht geconfronteerd wordt met zorgkosten die voor eigen rekening komen. In deze folder vindt u informatie over wie de ziekenhuiszorg betaald.

Gecontracteerde ziekenhuiszorg en polisvoorwaarden

Een zorgverzekeraar vergoedt alleen zorgkosten van ziekenhuizen waarmee zij een zorgcontract hebben afgesloten. Daarnaast moet de zorg onder de polisvoorwaarden vallen. Neem contact op met uw zorgverzekeraar om te vernemen of zij een contract met ZGT hebben afgesloten. De meeste zorgverzekeraars vermelden deze informatie ook op hun site. Check vervolgens uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling worden vergoed. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk.

Geen contract tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar

Heeft uw zorgverzekeraar geen contract afgesloten met het ziekenhuis, dan moet u zelf (een deel van) de kosten betalen. Het ziekenhuis brengt dan een zogenaamde passantenprijs in rekening. Door het maken van goede afspraken met zorgverzekeraars, proberen ziekenhuizen te voorkomen dat u zelf de rekening van het ziekenhuis ontvangt.

Basispakket zorgverzekering – wettelijke plicht

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht een basisverzekering voor zorg af te sluiten. Hiermee bent u verzekerd tegen zorgkosten uit het basispakket. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd, maar moeten wel aangemeld zijn bij een zorgverzekeraar.

Aanvullend verzekerd

Niet alle ziekenhuiszorg zit in het basispakket. Zorg die hierbuiten valt, zult u zelf moeten voldoen. Ook als u hiervoor aanvullend bent

verzekerd. Het ziekenhuis stuurt de rekening rechtstreeks naar u toe. De financiële afwikkeling met uw zorgverzekeraar komt voor eigen rekening. Neemt u voor vragen hierover contact op met uw verzekeraar.

Verplicht eigen risico

Zorg die vergoed wordt uit het basispakket heeft een verplicht eigen risico. Wat betekent dat de zorgkosten tot een bepaald bedrag voor eigen rekening komen. Pas daarboven betaalt de zorgverzekeraar de kosten. Verrekening van het eigen risico loopt via uw zorgverzekeraar. De hoogte van het eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld. En gaat in op de dag dat iemand 18 jaar wordt. Het verplicht eigen risico moet niet verward worden met het vrijwillig eigen risico. Dit spreekt u zelf af met uw zorgverzekeraar in ruil voor premieverlaging.

Ook eigen risico bij SEH-bezoek

Voor een bezoek aan uw huisarts of de huisartsenpost geldt geen eigen risico. Voor een bezoek aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis wel. Het is dus verstandig om voor medische hulp eerst naar de huisarts of de huisartsenpost te gaan. Als het nodig is, verwijst de huisarts door naar het ziekenhuis.

Altijd verwijfsbrief nodig

U heeft een geldige verwijfsbrief nodig voor medisch specialistische zorg. Meestal krijgt u een verwijfsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijfsbrief zijn. Heeft u geen (geldige) verwijfsbrief als u in een ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen. U bent zelf hiervoor verantwoordelijk.

Startdatum bepalend

Het ziekenhuis stuurt de rekening naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van het behandelingstraject verzekerd was. Dit traject begint al met het eerste gesprek dat u hebt met de medisch specialist. Bent u op de

startdatum niet verzekerd, dan betaalt u de zorgkosten geheel zelf. Ook als u zich gedurende het zorgtraject wel gaat verzekeren.

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 opvragen.

DBC

Het ziekenhuis brengt behandelingen in rekening middels registratie van een diagnose-behandelcombinatie, afgekort DBC. Een DBC zegt iets over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten en wordt geopend als onderdeel van een zorgtraject. Een zorgtraject start op het eerste moment dat een patiënt zich met een zorgvraag meldt bij de behandelaar. Gevolgd door diagnosestelling en behandeling. Zodra een patiënt is uitbehandeld, al dan niet op eigen verzoek de behandeling staakt, wordt het zorgtraject afgesloten. Deze sluitdatum is de einddatum van het gehele zorgtraject. Een DBC wordt volgens de landelijke wet- en regelgeving gedeclareerd aan de zorgverzekeraar.

Hoogte zorgkosten

De hoogte van de zorgkosten wordt beïnvloed door de uitgevoerde zorgactiviteiten in combinatie met de diagnose. Hieronder wordt verstaan een bezoek aan de behandelaar op de polikliniek, uitgevoerd onderzoek zoals het nemen van een biopsie of een foto, et cetera. De doorlooptijd van een zorgvraag is niet van invloed op de hoogte van het tarief. De zorgkosten die ZGT in rekening brengt bij uw zorgverzekeraar zijn in overeenstemming met de onderling gemaakte prijsafspraken. Gebaseerd op de landelijk vastgestelde tarieven voor deze DBC.

Meer weten?

Neem contact op met uw zorgverzekeraar als u vragen heeft over vergoedingen, eigen risico, eigen bijdrage, polisvoorwaarden,

enzovoort. Het ziekenhuis kan u informeren over de prijs van een behandeling.

Heeft u vragen over uw rekening, dan kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met het financiële informatiepunt ZGT, telefoonnummer 088 708 58 88 of via e-mail facturen@zgt.nl.

Meer informatie over de DBC-systematiek kunt u vinden op zorgwijzer.nl of NZA.nl.

Check uw dossier op MijnZGT

MijnZGT is het patiëntenportaal van ZGT. U kunt op MijnZGT via uw computer, tablet of mobiel delen van uw medisch dossier inzien, persoonlijke gegevens checken, of bijvoorbeeld vragenlijsten invullen die wij voor u hebben klaargezet. Kijk voor meer informatie op zgt.nl/mijnzgt.