

Ziekenhuiszorg: wat betaalt u?

In deze brochure vindt u informatie over het betalen van ziekenhuiszorg.

Informeer vóór de behandeling naar kosten

Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis? Kijk dan eerst op de website van uw zorgverzekeraar of deze met Amphia een contract heeft afgesloten voor de behandeling die u moet ondergaan. Kijk ook in uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling voor vergoeding in aanmerking komen.

Financiële gevolgen

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuiszorg. U betaalt echter altijd een verplicht eigen risico. Heeft u zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit is afhankelijk van uw aanvullende verzekering. Ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis, moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Dit is afhankelijk van uw zorgpolis.

Verplicht eigen risico

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar als u naar een ziekenhuis gaat dat een contract heeft met uw zorgverzekeraar. Het ziekenhuis stuurt de rekening rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar, tenzij u hier andere afspraken over heeft gemaakt. Uw zorgverzekeraar verrekent na betaling van de ziekenhuisfactuur het eigen risico met u. Het eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Het verplichte eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit betekent dat u per kalenderjaar het eigen risico aan zorgkosten die onder de basisverzekering vallen, zelf moet betalen. 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.

Bent u aanvullend verzekerd?

Een aantal ziekenhuisbehandelingen wordt niet uit de basisverzekering vergoed, of maar gedeeltelijk. Dat betekent dat u de rekening – of een deel daarvan – zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor in de meeste gevallen aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende zorgverzekering wordt vergoed, hangt af van de polisvoorwaarden. Lees daarom de overeenkomst met uw zorgverzekeraar goed door 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. Amphia stuurt deze rekening rechtstreeks naar u toe.

Geen contract met zorgverzekeraar?

Als Amphia voor uw behandeling geen contract heeft met uw zorgverzekeraar, dan moet u een deel van de kosten zelf betalen. De zogenaamde passantenprijs wordt dan in rekening gebracht, aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Deze passantentarieven vindt u op onze website. U kunt ook overstappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met uw ziekenhuis of u kunt overstappen naar een restitutiepolis die u keuzevrijheid van zorgaanbieder biedt. U kunt één keer per jaar van zorgverzekering veranderen. Uw bestaande zorgverzekering 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.

Geen medische noodzaak?

Zorg zonder een medische noodzaak, bijvoorbeeld cosmetische chirurgie, wordt nooit vergoed uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf.

Verwijzing

U heeft een verwijzing voor medisch specialistische zorg nodig als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Heeft u geen geldige verwijzing? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas behandeld wordt als u de juiste verwijzing heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. Voor spoedeisende hulp heeft u geen verwijzing nodig. Het is wel belangrijk dat u verzekerd bent, anders moet u zelf de kosten hiervoor betalen. In de meeste gevallen krijgt u een verwijzing via de huisarts, maar ook andere zorgaanbieders of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Een verwijzing is, na afgifte, een jaar geldig.

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

Bezoekt u de spoedeisende hulp? 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, verwijst 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 kan.

Heeft u een nieuwe zorgverzekeraar?

Amphia 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 overstapt naar een andere zorgverzekeraar.

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 betaalt u de volledige kosten van de behandeling zelf. U betaalt dan meestal eerst een voorschot.

Hoe komen prijzen van ziekenhuisbehandelingen tot stand?

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. Er zijn ruim 4.500 DBC's met elk een eigen prijs. Uw totale behandeling, van het eerste consult bij de medisch specialist tot en met de laatste controle, kan uit meerdere DBC's bestaan.

Afhankelijk van de soort behandeling die u ondergaat – poliklinisch, dagbehandeling, opname en/of operatie – kan de prijs verschillen. Ook is de prijs afhankelijk van of er een aanvullend onderzoek plaatsvindt.

Wat kost mijn behandeling?

De totale kosten van uw behandeling zijn meestal pas na afloop van die behandeling helder. Eerst moet 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.

Uw zorgnota

U kunt uw zorgnota of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via de 'mijn omgeving' van uw zorgverzekeraar. U ziet precies 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. Het ziekenhuis declareert voor uw behandeling een of meer 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 persoonlijk online account bij uw zorgverzekeraar? Via de website van uw zorgverzekeraar kunt u dit aanvragen.

Meer weten?

Wilt u weten hoeveel een behandeling gaat kosten? Neem dan contact op met de afdeling Financieel Beheer via 076 595 10 23. Dit kan op werkdagen van 9.00 tot 12.30 uur en van 13.30 tot 16.30 uur. De zorgverzekeraar kan u vertellen of uw behandeling wordt vergoed, wat uw polisvoorwaarden zijn en hoe uw zorgnota is opgebouwd.