



**KOSTEN EN VERGOEDING
ZIEKENHUISZORG 2019**

In deze folder vindt u alle informatie over de kosten van uw zorg in het ziekenhuis.

Verplicht eigen risico

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. U sluit daarvoor een verzekering af bij een zorgverzekeraar. Daardoor betaalt uw zorgverzekeraar een groot deel van de kosten van uw zorg. U betaalt altijd een deel van de kosten zelf. Dit deel heet het 'verplicht eigen risico'. Dit is in 2019 het bedrag van 385 euro. Het verplicht eigen risico geldt voor iedereen van 18 jaar en ouder.

Opbouw zorgverzekering

De zorg in ziekenhuizen is verdeeld in twee delen:

1. Verzekerde zorg

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, is verzekerde zorg. Deze zorg valt onder de basisverzekering en wordt altijd volledig vergoed door uw zorgverzekering. Wel moet u de eerste 385 euro per kalenderjaar zelf betalen door het 'verplicht eigen risico'. Als u heeft gekozen voor een hoger eigen risico (vrijwillig eigen risico), dan moet u maximaal 885 euro per kalenderjaar zelf betalen.

Wat onder de basisverzekering valt, wordt bepaald door het Zorginstituut Nederland. U kunt dit terugvinden op de website van het Zorginstituut

(<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg>) of op de website van uw verzekeraar.

2. Onverzekerde zorg

Bepaalde ziekenhuisbehandelingen vallen buiten uw basisverzekering. Dit noemen we: onverzekerde zorg. Het ligt dan aan de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of deze zorg helemaal wel, voor een deel of helemaal niet wordt vergoed. Worden de kosten voor een deel of helemaal niet vergoed? Dan betaalt u deze zorg dus zelf. Voorbeelden van onverzekerde zorg zijn zorg zonder medische noodzaak, zoals cosmetische chirurgie, een hersteloperatie na sterilisatie of een niet medisch noodzakelijke besnijdenis.

Het is **belangrijk** dat u voor aanvang van uw eerste afspraak uw polisvoorwaarden controleert of contact opneemt met uw zorgverzekeraar. Dan weet u vooraf welke kosten u zelf moet betalen en welke door uw zorgverzekeraar worden betaald.

Contract tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis

Uw zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om wel of geen contract af te sluiten met een ziekenhuis. Afhankelijk van uw polis geeft de zorgverzekeraar aan naar welke ziekenhuis u kunt gaan. Kiest u toch voor een ziekenhuis waarmee uw zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten? Dan moet u de kosten voor een deel zelf betalen.

Franciscus Gasthuis & Vlietland heeft in 2019 met vrijwel alle zorgverzekeraars in Nederland een contract gesloten voor de vergoeding van behandelingen uit de basisverzekering. De rekening van uw behandeling wordt direct naar de zorgverzekeraar gestuurd.

Wij zijn in 2019 alleen **NIET** gecontracteerd voor de volgende selectieve polissen (onderdeel van Zilveren Kruis):

- Ziezo Selectief polis
- Zilveren Kruis Basis Budget polis
- Zilveren Kruis Internetbasisbudget
- Aevitae Zorg Plan Selectief polis
- IAK Zorg Plan Selectief polis
- Prolife Principe polis Budget (nieuw in 2019)

De beperkingen van een budgetpolis gelden niet voor spoedzorg, bevallingen of bij een doorverwijzing door een specialist uit een ander ziekenhuis. Hiervoor kunt altijd terecht bij ons ziekenhuis. Voor een totale lijst met zorg waarvoor geen beperkingen gelden, verwijzen we u naar de [website](#) van Zilveren Kruis.

Heeft u een van de bovengenoemde selectieve polissen? Dan raden wij u aan om voor 2019 goed naar uw polis te kijken

wanneer uw de zorg in Franciscus Gasthuis & Vlietland vergoed wil krijgen.

Geen contract

Als Franciscus Gasthuis & Vlietland geen contract heeft met uw zorgverzekeraar, dan moet u een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan aan u het zogenaamde 'passantentarief' in rekening.

De passantentarieven vindt u op de website van ons ziekenhuis via www.franciscus.nl/kosten

Door goede afspraken met de zorgverzekeraars te maken, proberen ziekenhuizen te voorkomen dat u zelf de rekening van het ziekenhuis ontvangt. U kunt ook overstappen naar een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met uw ziekenhuis. U kunt eenmaal per jaar van zorgverzekering 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.

Ik ben niet in Nederland verzekerd

Als u niet in Nederland verzekerd bent, dan moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. U betaalt dan het zogenaamde passantentarief en moet eerst een voorschot van de te verwachten kosten betalen.

Ik ben in het buitenland verzekerd

Bent u bij een buitenlandse verzekeringsmaatschappij verzekerd en heeft u een Europese verzekeringskaart? Lever dan een kopie in bij de Inschrijfbalie van Franciscus Gasthuis & Vlietland. Wij sturen de rekening dan naar Agis Buitenland Recht, die zorgt voor de betaling aan het ziekenhuis.

Als u geen Europese verzekeringskaart heeft, kunnen wij de rekening niet rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar declareren. U krijgt dan de rekening thuisgestuurd. U betaalt het zogenaamde passantentarief en moet eerst een voorschot van de te

verwachten kosten betalen. U bent zelf verantwoordelijk voor het op tijd en volledig betalen van de rekening. In principe zal u worden gevraagd een aanbetaling te doen bij de patiënten inschrijfbalie voorafgaand aan uw behandeling.

Ik heb een basisverzekering én ben aanvullend verzekerd

Sommige ziekenhuiszorg valt niet (helemaal) onder de basisverzekering. Dat betekent dat u (een deel van) de kosten zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor aanvullend verzekeren.

Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering 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 vallen, volledig zelf betalen. Het ziekenhuis stuurt de rekening rechtstreeks naar u toe.

Altijd een verwijfsbrief nodig

U heeft een verwijfsbrief voor specialistische zorg nodig als u wilt dat de zorg wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. In de meeste gevallen krijgt u een verwijfsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijfer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijfer wordt geaccepteerd.

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 zelf verantwoordelijk voor de verwijfsbrief.

Een verwijfsbrief is een jaar geldig. Als er meer dan een jaar zit tussen de datum van uw verwijfsbrief en uw afspraak in het ziekenhuis, dan moet u opnieuw een verwijfsbrief halen.

Ik heb een vraag over mijn rekening

De rekening van ziekenhuiszorg is zorgvuldig opgebouwd. Toch kunt u hier vragen over hebben. Hier volgen enkele vragen en antwoorden:

Hoe wordt bepaald hoeveel ik betaal?

Het betalen van ziekenhuiszorg gebeurt via zogenoemde DBC zorgproducten. De afkorting DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. In een DBC zorgproduct is vastgelegd welke diagnose en behandeling bij uw zorgvraag horen. Aan een DBC zorgproduct is dus te zien wat u heeft (diagnose) en welke zorg u in het ziekenhuis gekregen heeft (zoals onderzoeken, operatie, verblijf of afspraak op het spreekuur).

Er zijn in Nederland ruim 4.500 DBC zorgproducten met elk een eigen prijs. Uw totale behandeling kan uit meerdere rekeningen bestaan.

Wanneer ontvang ik de rekening?

De landelijke regels en de prijsafspraken leiden ertoe dat een behandeling van een medisch specialist soms pas na één of soms na twee jaar in rekening wordt gebracht. Hierdoor kan het zijn dat u alsnog uw verplicht eigen risico over het voorgaande jaar moet betalen.

Wat betekenen de cijfers op mijn rekening?

- Declaratiecode: op uw rekening staat een code van 6 cijfers, de zogenaamde declaratiecode.
- Zorgproductcode: op basis van de geleverde zorgactiviteit, in combinatie met de diagnose, wordt een DBC zorgproduct afgeleid. Hierbij wordt automatisch een unieke code aangemaakt, de zogenoemde Zorgproductcode. Alle ziekenhuizen in Nederland maken gebruik van dit landelijke systeem.
- Kosten: dit is een gemiddeld tarief voor de behandeling die u heeft ontvangen in de behandelperiode. De behandelperiode is de periode tussen de begin- en einddatum die op de rekening staan weergegeven.

Hoe kan ik zien welke kosten naar mijn zorgverzekeraar zijn gestuurd?

U kunt uw rekening of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via de 'mijn omgeving' van uw zorgverzekeraar. De rekening is zichtbaar in de 'mijn omgeving' als de zorgverzekeraar de rekening heeft betaald en verwerkt.

Ik heb een nieuwe zorgverzekeraar. Wat nu?

Als u een nieuwe zorgverzekeraar heeft, stuurt het ziekenhuis 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.

Waar vind ik meer informatie?

Voor meer informatie over de rekening verwijzen we u naar de landelijke website www.dezorgnota.nl.

Ook kunt u uiteraard contact opnemen met uw verzekeraar.

Prijsopgave ziekenhuis

Een prijsopgave door het ziekenhuis kan uitsluitend plaatsvinden op basis van de prijs die is vastgesteld voor onverzekerde patiënten (passantentarieven). Als u een prijsopgave van het ziekenhuis wilt, dan kunt u een e-mail sturen naar zorgadministratie@franciscus.nl onder vermelding van de volgende gegevens:

- Uw patiëntnummer (als u al onder behandeling bent in ons ziekenhuis) of uw naam en geboortedatum;
- Het specialisme dat uw behandeling uitvoert en de naam van uw behandelend medisch specialist;
- De diagnose en behandeling die worden verwacht;
- De ziekenhuislocatie waar u wordt behandeld.

Alleen op basis van deze gegevens kan Franciscus Gasthuis & Vlietland u een voorlopige prijsopgave geven. Het is op voorhand niet mogelijk om een definitieve prijsopgave te geven, omdat het te factureren DBC zorgproduct pas wordt vastgesteld nadat het hele zorgtraject is doorlopen.

Belangrijk

Voor alle situaties geldt: u blijft altijd zelf verantwoordelijk voor een tijdige en volledige betaling van de gemaakte kosten. Als u niet op tijd of niet volledig betaalt, dan zijn wij genoodzaakt om een incassobureau in te schakelen. De incassokosten en ook de eventuele gerechtelijke kosten worden dan bij u in rekening gebracht. Ook verloopt vanaf dat moment ieder contact over de rekening via ons incassobureau.

Vragen en informatie

Heeft u een inhoudelijke vraag over uw rekening?

Dan kunt u elke werkdag van 8.30 tot 12.00 uur en van 13.00 tot 16.00 uur contact opnemen met de Zorgadministratie, via telefoonnummer 010 - 461 6012

Heeft u een vraag over de betaling van de rekening?

Dan kunt u elke werkdag van 8.30 tot 12.00 uur en van 13.00 tot 16.00 uur contact opnemen met de Financiële Administratie, via telefoonnummer 010 - 893 4610.

Heeft u vragen over de vergoeding van uw behandeling of over uw polisvoorwaarden?

Dan kunt u het beste contact opnemen met uw zorgverzekeraar. Zij kunnen u precies vertellen welke polisvoorwaarden u heeft en wat zij wel en niet vergoeden.

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen?

Neem dan gerust contact op met de Zorgadministratie, via telefoonnummer 010 - 461 6012.

Veelgestelde vragen

Op de website www.franciscus.nl/kosten zijn veelgestelde vragen opgenomen. Mogelijk vindt u hier een antwoord op uw vraag.