

Vragen over de Ziekenhuisrekening

2018

Na afloop van uw behandeling in het ziekenhuis stuurt het ziekenhuis de rekening. Meestal betaalt de zorgverzekeraar de rekening, maar soms moet u deze zelf betalen. U betaalt in ieder geval het bedrag voor het eigen risico. Het wettelijk verplichte eigen risico is voor 2018 vastgesteld op 385 euro. Uw zorgverzekeraar verrekent dit bedrag met u.

Wij merken dat de ziekenhuisrekening veel vragen kan oproepen. In deze folder komen de meest gestelde vragen aan bod. Voor vragen over het eigen risico kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

INHOUD	Blz.
1. Wat factureert het ziekenhuis?.....	2
2. Hoe wordt de hoogte van de rekening bepaald?.....	2
3. Waarom krijg ik zelf de nota voor mijn behandeling?.....	2
4. Wat kan er naast een DBC worden gedeclareerd?.....	4
5. Hoe kan het dat mijn DBC is begonnen nog vóórdat ik zelf bij mijn arts was?.....	5
6. Hoe is het bedrag op de nota tot stand gekomen?.....	5
7. Hoe kan ik een tarief opzoeken?.....	6
8. Waarom duurt het zo lang voordat het ziekenhuis de rekening verstuurt?.....	6
9. Mijn behandeling begint in het ene kalenderjaar en eindigt in het volgende jaar. Wat betekent dit voor mijn eigen risico?.....	6
10. Waar vind ik mijn zorgnota?.....	7
Heeft u vragen?.....	8
Meer informatie over DBC's.....	8

1. Wat factureert het ziekenhuis?

Het ziekenhuis stuurt de rekening voor het behandeltraject dat u heeft doorlopen. Het behandeltraject bestaat uit de diagnose die de arts heeft gesteld en de behandeling die wordt uitgevoerd. De behandeling wordt beschreven in zorgactiviteiten. Voorbeelden van zorgactiviteiten zijn een röntgenonderzoek, een poliklinisch consult bij de medisch specialist, een ziekenhuisopname of een operatie.

2. Hoe wordt de hoogte van de rekening bepaald?

De hoogte van de rekening wordt bepaald door de combinatie van uw diagnose en de bijbehorende behandeling (zorgactiviteiten). Deze combinatie heet DBC: Diagnose Behandel Combinatie. Op pagina 7 staat meer achtergrondinformatie over DBC. Elke combinatie voor diagnose en behandeling heeft een vaste declaratiecode. Aan elke declaratiecode is een prijs gekoppeld. Zo weet het ziekenhuis welke prijs er bij welke behandeling hoort. De prijs is een gemiddelde van de kosten die voor alle patiënten met dezelfde DBC zijn gemaakt. U betaalt voor de DBC dezelfde prijs als andere patiënten die dezelfde behandeling ondergingen, ook al zijn bij die behandeling meer of minder zorgactiviteiten uitgevoerd. Na een behandeling stuurt het ziekenhuis een rekening naar uw zorgverzekeraar met de code voor de behandeling en de prijs die daarbij hoort. Soms ontvangt u de rekening zelf. Hieronder staan diverse redenen waarom dit zo kan zijn.

3. Waarom krijg ik zelf de nota voor mijn behandeling?

Er kunnen meerdere redenen zijn waarom het ziekenhuis de nota rechtstreeks aan u stuurt:

1. Er is sprake van een eigen bijdrage.
2. U bent niet verzekerd.
3. Uw patiënt- en/of verzekeringsgegevens zijn onjuist.
4. Er is sprake van onverzekerde zorg.
5. Er is geen geldige verwijzing.
6. Uw selectieve (budget) polis vergoedt de zorg niet volledig.

1. Er is sprake van een eigen bijdrage.

De overheid bepaalt dat zorgkosten soms niet helemaal vergoed worden. Er is dan sprake van een wettelijke eigen bijdrage, de hoogte van deze bijdrage is door de overheid vastgesteld. U betaalt bijvoorbeeld een eigen bijdrage in het geval van een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak in Ziekenhuis Gelderse Vallei. Wilt u weten of u een wettelijke eigen bijdrage moet betalen? Neemt u dan contact op met uw zorgverzekeraar.

2. U bent niet verzekerd.

Als u niet verzekerd bent op het moment dat u voor een diagnose bij de arts kwam, wordt de nota altijd aan uzelf gestuurd. Voor meer informatie over de verplichte basisverzekering of hulp bij het afsluiten van een verzekering kunt u contact opnemen met de zorgverzekeringslijn (www.zorgverzekeringslijn.nl of 0800-6464644).

3. Uw patiënt- en/of verzekeringsgegevens zijn onjuist.

Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat uw patiënt- en/of verzekeringsgegevens actueel zijn. De zorgverzekeraar kan de rekening afwijzen als de aangeleverde gegevens niet overeenkomen met de informatie zoals die bij de zorgverzekeraar bekend is. Als wij uw gegevens niet kunnen achterhalen, sturen wij de nota naar uw huisadres.

Daarnaast is het belangrijk dat u zich identificeert. Wij zijn wettelijk verplicht om de identiteit van onze patiënten vast te stellen. Dit geldt voor alle patiënten, dus ook voor kinderen.

4. Er is sprake van zorg die niet vanuit het basispakket vergoed wordt.

Als de geleverde zorg niet onder het basispakket valt, krijgt u de nota altijd thuisgestuurd. Als de geleverde zorg onder uw aanvullende verzekering valt, kunt u de rekening indienen bij uw zorgverzekeraar. U krijgt deze rekening dan geheel of gedeeltelijk vergoed, afhankelijk van de polisvoorwaarden. Dit geldt bijvoorbeeld voor poliklinische fysiotherapie. Onder bepaalde voorwaarden valt dit onder het basispakket, in overige gevallen heeft u een aanvullende verzekering nodig voor een (gedeeltelijke) vergoeding.

5. Er is geen geldige verwijzing.

Als nieuwe patiënt heeft u voor het bezoek aan een specialist altijd een verwijsbrief nodig. U krijgt een verwijsbrief van een arts uit de eerste lijn (bijvoorbeeld uw huisarts), of van een specialist als u doorverwezen bent naar een ander specialist binnen hetzelfde of een ander ziekenhuis. Voor alle niet-spoedeisende hulp is dit een landelijke verplichting. Als u op eigen initiatief een afspraak maakt met een specialist, dan is een zorgverzekeraar niet verplicht om uw zorgkosten te vergoeden. U loopt dan een groot risico dat u zelf een nota zult ontvangen. Dit geldt ook als uw behandeling bij de specialist beëindigd is en u onder controle van de huisarts staat. Mochten de klachten terugkomen dan heeft u eerst een verwijsbrief van uw huisarts nodig, voordat u weer een afspraak maakt bij de specialist. Doet u dit niet, dan krijgt u zelf de nota voor de behandeling.

6. Uw selectieve (budget)polis vergoedt de zorg niet volledig.

Meerdere zorgverzekeraars bieden tegenwoordig selectieve polissen aan tegen een lagere premie. Bij een selectieve polis worden door een zorgverzekeraar niet alle zorgaanbieders gecontracteerd. Als u een selectieve polis heeft is het verstandig om voorafgaand aan een behandeling contact op te nemen met uw zorgverzekeraar. Een overzicht van de verzekeraars waarmee Ziekenhuis Gelderse Vallei afspraken heeft is te vinden op <http://www.geldersevallei.nl/46/contracten-met-zorgverzekeraars>

4. Wat kan er naast een DBC worden gedeclareerd?

De meeste zorg die u krijgt wordt via een DBC gedeclareerd, maar er zijn enkele uitzonderingen. Deze uitzonderingen worden gefactureerd met een zorgactiviteit. Dit betreft onder andere de volgende behandelingen:

1. Alle kaakchirurgische behandelingen.
2. Verrichtingen voor 'intensive care' zorg.
3. Poliklinische fysiotherapie.
4. Onderzoek aangevraagd door uw huisarts.
5. Dieetadvisering.

6. Dure geneesmiddelen.
7. Sportmedische onderzoeken.

In tegenstelling tot DBC's worden deze zorgactiviteiten meestal snel na de behandeling gedeclareerd.

5. Hoe kan het dat mijn DBC is begonnen nog vóóordat ik zelf bij mijn arts was?

Bij een langdurig behandeltraject (bijv. voor chronische aandoeningen) wordt het traject opgeknipt in meerdere DBC's. Het traject begint met een regulier DBC, daarna volgen vervolg-DBC's. Het opknippen van deze DBC's gebeurt geautomatiseerd. Hierdoor kan een DBC sluiten, en een nieuwe geopend worden, op een moment dat u niet zelf bij de specialist bent geweest.

Een tweede mogelijkheid is dat u voor onderzoeken in het ziekenhuis bent geweest voordat u een afspraak bij de specialist heeft. Als voorbeeld: twee weken voor uw afspraak met de specialist heeft u heeft bloed laten prikken. Dan wordt de DBC geopend op het moment van bloedprikken. Dit is noodzakelijk, omdat het bloedprikken onderdeel is van uw behandeling en in uw DBC moet vallen.

6. Hoe is het bedrag op de nota tot stand gekomen?

Op uw factuur vindt u de specificatie van het bedrag voor het behandeltraject dat bij u is uitgevoerd. De bedragen die in rekening worden gebracht zijn voor een deel vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Ziekenhuizen mogen de tarieven voor een aantal behandelingen zelf vaststellen. Deze prijzen zijn een gemiddelde van de kosten die voor alle patiënten met dezelfde DBC zijn gemaakt. Dit betekent dat u voor die DBC dezelfde prijs betaalt als andere patiënten die dezelfde behandeling ondergingen, ook al zijn bij die behandeling meer of minder zorgactiviteiten uitgevoerd. U vindt deze tarieven op onze website:

www.geldersevallei.nl/patient/algemene-informatie/zorgkosten/tarieven .

7. Hoe kan ik een tarief opzoeken?

De tarieven van Ziekenhuis Gelderse Vallei staan op onze website: www.geldersevallei.nl/patient/algemene-informatie/zorgkosten/tarieven. Afhankelijk van eventuele prijsafspraken met uw zorgverzekeraar kan het bedrag van de ziekenhuisfactuur lager zijn.

Let op: controleer indien u een selectieve (budget) polis heeft afgesloten altijd bij uw zorgverzekeraar of uw zorg wordt vergoed.

8. Waarom duurt het zo lang voordat het ziekenhuis de rekening verstuurt?

Het afsluiten van DBC's gebeurt geautomatiseerd, hiervoor gelden landelijke afsluitregels. Voor een nieuwe patiënt staat een poliklinische DBC 90 dagen open. Pas dan kan het ziekenhuis de factuur sturen. Als de behandeling na 90 dagen nog niet is afgerond, komt u in een poliklinisch vervolgtraject waar een vervolg DBC voor wordt geopend. Deze loopt maximaal 120 dagen. In het geval dat u wordt opgenomen of geopereerd sluit een DBC 42 dagen na afloop van de opname of de operatie. In specifieke gevallen gelden deze standaardregels niet. Dat is vooral bij zorg die moeilijk in vaste termijnen is in te delen, zoals een zwangerschap. Ook bij zorg die in korte tijd erg intensief is zijn er uitzonderingen, zoals dialyse of een oncologische therapie.

Om ervoor te zorgen dat patiënten weten aan wie ze vragen kunnen stellen over de ziekenhuisrekening, heeft de minister bepaald dat zorgverzekeraars hiervoor verantwoordelijk zijn. Heeft u vragen over uw ziekenhuisrekening? Dan kunt u terecht bij uw zorgverzekeraar.

9. Mijn behandeling begint in het ene kalenderjaar en eindigt in het volgende jaar. Wat betekent dit voor mijn eigen risico?

De startdatum van een behandeling bepaalt in welk jaar het eigen risico wordt aangesproken. Bijvoorbeeld: uw behandeling start in november 2017 en uw behandeling stopt in februari 2018. U ontvangt in 2018 bericht dat uw zorgnota is betaald door de zorgverzekeraar. Er vindt dan een verrekening plaats met het (openstaande) eigen risico van 2017.

Dit geldt voor een behandeling in het ziekenhuis. Voor andere zorg uit de basisverzekering waarvoor een eigen risico geldt gaat het anders. Het gaat dan bijvoorbeeld om fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. Bij deze soorten zorg wordt het eigen risico verrekend met het jaar waarin de behandelingen plaatsvinden. Dus behandelingen in deze categorie die in 2017 plaatsvinden, vallen onder het eigen risico van 2017 en behandelingen in 2018 worden verrekend met het eigen risico van 2018.

10. Waar vind ik mijn zorgnota?

U kunt uw zorgnota of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via de 'mijn omgeving' van uw zorgverzekeraar. Voor behandelingen die vanaf 1 juni 2014 zijn gestart, ziet u precies welke zorgactiviteiten hebben plaatsgevonden binnen de DBC. Op de ziekenhuisrekening 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 één of meerdere DBC's, afhankelijk van de duur van uw behandeling. De declaratie wordt naar uw zorgverzekeraar gestuurd.

De zorgverzekeraar controleert en verwerkt de declaratie van het ziekenhuis. 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.

Wat is een DBC ?

Sinds 2005 registreren ziekenhuizen hun behandelingen in DBC's: Diagnose Behandel Combinaties. In de DBC worden uw diagnose, uw behandeling en de kosten die daarmee samenhangen verzameld. De verschillende onderdelen van de behandeling worden zo in één keer in rekening gebracht.

Vanaf 1 juni 2014 worden de verschillende onderdelen op de ziekenhuisnota gespecificeerd. Na afloop van de behandeling ontvangt u de rekening(en) voor het

hele behandeltraject dat u heeft doorlopen. Door de vaste afsluitmomenten die DBC's kennen, kan het voorkomen dat er twee rekeningen komen, ook al is het maar één behandeltraject. Zie daarvoor het kopje 'Waarom duurt het zo lang voordat het ziekenhuis de rekening verstuurt' op pagina 5.

Heeft u vragen?

Uw zorgverzekeraar is het eerste aanspreekpunt voor vragen over de nota. Neem voor meer informatie contact op met uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan u vertellen of uw behandeling wordt vergoed, wat uw polisvoorwaarden zijn en hoe uw zorgnota is opgebouwd. De zorgverzekeraar voorziet u van een antwoord en neemt, indien nodig, contact op met het ziekenhuis.

Voor meer informatie kunt u schriftelijk contact opnemen met: Ziekenhuis Gelderse Vallei t.a.v. Productadministratie, Postbus 9025, 6710 HN Ede.

Of kijk op de website www.geldersevallei.nl/patient/algemene-informatie/zorgkosten/ziekenhuisrekening voor meer informatie over de rekening.

Meer informatie over DBC's

Meer informatie over de ziekenhuisfinanciering met DBC's is te vinden op de volgende websites:

Ziekenhuis Gelderse Vallei:

- www.geldersevallei.nl/patient/algemene-informatie/zorgkosten/tarieven
- www.geldersevallei.nl/patient/algemene-informatie/zorgkosten/vergoeding-van-zorg

Nederlandse Zorgautoriteit:

- www.nza.nl

Zorgverzekeraars Nederland:

- www.zorgverzekeraars.nl

Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ):

- www.dezorgnota.nl

De Zorgverzekeringslijn:

- www.zorgverzekeringslijn.nl