

Ziekenhuiszorg

Wat betaalt u?

www.nwz.nl

Inhoud

Vergoedingen	3
Ziekenhuiszorg kan voor u financiële gevolgen hebben!	3
Meeste zorg wordt vergoed	5
Eigen risico	5
Bent u aanvullend verzekerd?	6
Als er geen contract is tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar	7
Als er geen medische noodzaak is	7
Altijd verwijfsbrief nodig	7
Spoedeisende hulp of huisartsenpost	8
Overgestapt naar andere zorgverzekeraar?	8
Als u niet verzekerd bent	8
Meer weten?	8
Algemene voorwaarden	9
Notities	10

Gaat u binnenkort naar het ziekenhuis? Of bent u al patiënt? In deze brochure vindt u informatie over het betalen van ziekenhuiszorg.

■ Vergoedingen

Het is niet vanzelfsprekend dat alle behandelingen en onderzoeken worden vergoed. Of uw zorgverzekeraar uw behandeling wel of niet vergoedt, is afhankelijk van:

- uw verzekering
- of er een machtiging voor de behandeling nodig is
- de medische noodzaak van een behandeling

■ Ziekenhuiszorg kan voor u financiële gevolgen hebben!

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 eigen risico. Heeft u zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat u een deel van de rekening 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.

Aan alles gedacht?

Gaat u naar het ziekenhuis of bent u al patiënt? Hieronder vindt u 6 belangrijke vragen om te weten of uw ziekenhuiszorg wordt vergoed. Neem voor uzelf deze vragen door voordat u naar het ziekenhuis komt.

1. Heeft het ziekenhuis voor mijn behandeling een contract met mijn zorgverzekeraar?

Of er wel of niet een contract is, kan van belang zijn voor de hoogte van uw vergoeding. Deze informatie vindt u op de website van uw zorgverzekeraar, of neem contact op met uw zorgverzekeraar.

2. Wordt mijn behandeling vergoed door mijn zorgverzekeraar?

De meeste ziekenhuiszorg wordt volledig of gedeeltelijk vergoed uit uw basisverzekering. Sommige behandelingen vallen onder een aanvullende verzekering, of worden helemaal niet vergoed. Kijk op de website van uw zorgverzekeraar, of neem contact op met uw zorgverzekeraar.

3. Heeft het ziekenhuis de verwijfsbrief?

Een behandeling in het ziekenhuis wordt alleen vergoed na verwijzing. U krijgt deze mee van uw huisarts of specialist, maar soms wordt de brief rechtstreeks naar het ziekenhuis verstuurd. Vraag in dat geval of:

- de huisarts of een andere zorgverlener de verwijzing al heeft verstuurd of dat
- het ziekenhuis de brief gekregen heeft

4. Heb ik een identiteitsbewijs nodig?

U moet zich kunnen legitimeren in het ziekenhuis met een geldig identiteitsbewijs. Dat geldt ook voor minderjarigen, jonger dan 14 jaar. De behandeling kan anders niet worden vergoed.

5. Wat als mijn behandeling verandert?

Het verloop van de behandeling kan niet altijd worden voorspeld. Soms is een andere behandeling nodig of wordt u doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Overleg daarom steeds met uw arts of uw zorgverzekeraar over de kosten en de vergoeding daarvan.

6. Klopt de nota?

Na de behandeling declareert het ziekenhuis de kosten rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar, of u krijgt de nota thuis gestuurd. Dit is afhankelijk van hoe u verzekerd bent. Wij adviseren u de nota na te kijken.

Meer informatie over kosten en vergoedingen vindt u in deze brochure en op www.nwz.nl

■ Meeste zorg wordt vergoed

De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis dient de rekening rechtstreeks in bij uw zorgverzekeraar. Let wel: dit gebeurt alleen als het ziekenhuis en uw zorgverzekeraar een contract hebben. Kijk op www.nwz.nl of uw zorgverzekeraar een contract heeft met ons ziekenhuis of informeer bij uw zorgverzekeraar.

■ Eigen risico

Het eigen risico wordt verrekend met de kosten van de ziekenhuiszorg. De hoogte van dit eigen risico vindt u op www.nwz.nl. Dit eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder.

Het eigen risico gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit betekent dat u in een kalenderjaar altijd eerst het eigen risico betaalt. Houdt u er dus rekening mee dat ziekenhuiskosten hier ook onder kunnen vallen. Denk bijvoorbeeld aan kosten voor behandeling op de spoedeisende hulp of voor opname. Lees daarom uw verzekeringsvoorwaarden goed door of informeer bij uw zorgverzekeraar. Naast het verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar.

Hoe worden de ziekenhuiskosten berekend?

In Nederland is afgesproken dat de kosten van onderzoeken en behandelingen via een DBC-(Diagnose Behandel Combinatie) worden berekend. Een DBC-zorgproduct is het geheel van alle stappen die nodig zijn om een aandoening of ziekte binnen een wettelijke termijn te onderzoeken en te behandelen. Na de wettelijke termijn wordt het DBC-zorgproduct vanzelf gesloten. De duur van het wettelijke termijn kan voor elke behandeling (opname en ingreep) verschillend zijn. Overschrijdt uw behandeling het wettelijke termijn, dan opent het systeem automatisch opnieuw een DBC-zorgproduct. Voor 1 behandeling kunnen er dus meerdere DBC-zorgproducten zijn.

Aan elk DBC-zorgproduct hangt een prijskaartje, dat het ziekenhuis in rekening mag brengen.

Wanneer 2 x eigen risico voor 1 behandeling

Overschrijdt uw behandeling het wettelijke termijn in een nieuw kalenderjaar, dan verrekent uw zorgverzekeraar opnieuw uw eigen risico. Voorbeeld: U start in september 2016 met uw behandeling en de wettelijke termijn voor deze behandeling sluit in januari 2017. Uw behandeling duurt echter langer dan januari 2017, dan opent het systeem automatisch een nieuw DBC-zorgproduct. Uw eigen risico wordt dan verrekend voor 2016 als voor 2017. Mee informatie vindt u op www.nwz.nl

Welke zorgverlener mag een DBC-zorgproduct openen?

Naast de arts mogen ook een physician assistent en een verpleegkundig specialist een DBC-zorgproduct openen. Dit zijn gespecialiseerde verpleegkundigen, die zijn bevoegd om een deel van de medische behandeling uit te voeren. Zij doen dit onder verantwoordelijkheid van en in nauw overleg met de specialist. Deze specialist is eindverantwoordelijk voor uw medische behandeling.

■ Bent u aanvullend verzekerd?

Sommige ziekenhuiszorg valt niet (helemaal) onder de basisverzekering. Dat betekent dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de verzekeringsvoorwaarden. 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. Het ziekenhuis stuurt deze rekening rechtstreeks naar u toe.

Meer weten over prijzen

De prijs van de behandeling kunt u opvragen bij de servicedesk DBC & financiën. Deze servicedesk is bereikbaar op werkdagen van 8:00 tot 16:30 uur op huisnummer 040 of op telefoonnummer 072 - 548 3868. Mailen kan ook: servicedeskfinancien@nwz.nl. Weet u van de arts de naam van de behandeling of de DBC-code? Dan kunt u in de passantenprijslijst de prijs van uw behandeling vinden, zie www.nwz.nl. Houdt u er rekening mee dat de prijs van deze lijst een indicatie is van de kosten. Tijdens uw behandeling kan blijken dat er meer nodig is. De kosten kunnen dan hoger uitvallen dan de prijs op de passantenprijslijst.

■ Als er geen contract is tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar

Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis, moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan de zogenaamde passantenprijs in rekening, aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Door goede afspraken met de zorgverzekeraar te maken, proberen ziekenhuizen te voorkomen dat u zelf de rekening van het ziekenhuis ontvangt. U kunt ook overstappen op een zorgverzekeraar die wel een contract heeft met uw ziekenhuis. U kunt één maal 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. Informatie over contracten met zorgverzekeraars en prijzen van behandelingen, vindt u op www.nwz.nl.

■ Als er geen medische noodzaak is

Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) wordt nooit vergoed uit de basisverzekering. Tenzij de zorgverzekeraar u machtigt dat het wel wordt vergoed. Vraag daarom altijd bij uw zorgverzekeraar na of de behandeling wordt vergoed. Krijgt u geen vergoeding, dan betaalt u de zorg dus zelf. Wilt u meer weten over de prijzen van onze behandeling? Kijk op www.nwz.nl of vraag dit aan de servicedesk DBC & Financiën. Contactgegevens vindt u op pagina 6 onder 'Meer weten over prijzen'.

■ Altijd verwijsbrief nodig

U heeft een verwijzing voor specialistische zorg nodig, als u wilt dat deze wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. U krijgt een verwijsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Een verwijsbrief is een kalenderjaar geldig.

Heeft u geen geldige verwijsbrief? Dan kan het zijn dat u:

- de behandeling zelf moet betalen
- pas behandeld wordt als u de juiste verwijsbrief heeft

■ Spoedeisende Hulp of huisartsenpost

Bezoekt u de spoedeisende hulp van ons ziekenhuis? Dan verrekent uw zorgverzekeraar de vergoeding met uw eigen risico. Is de rekening hoger dan uw eigen risico, dan krijgt u de extra kosten vergoed, ook als uw zorgverzekeraar geen contract met het ziekenhuis heeft. Voor acute problemen op de spoedeisende hulp heeft u geen verwijsbrief nodig.

Is uw situatie niet levensbedreigende, ga dan naar de huisarts of huisartsenpost. De kosten voor een bezoek aan de huisartsenpost vallen onder uw basisverzekering. U hoeft hiervoor 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.

■ Overgestapt naar andere zorgverzekeraar?

De begindatum van uw behandeling bepaalt welke zorgverzekeraar uw behandeling vergoedt.

Voorbeeld: u bent per 1 januari 2016 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. En uw behandeling is gestart in 2015 en loopt door tot in 2016. Dan vergoedt uw zorgverzekeraar van 2015 de kosten over 2015.

■ 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 van de te verwachten kosten.

■ Meer weten?

Op www.nwz.nl staat nog meer informatie. Daarnaast is er ook een landelijke site over de zorgkosten www.dezorgnota.nl. Hierin staan ook de meest gestelde vragen en antwoorden. Ook kunt u hier lezen met welke soort vraag u bij welke instantie terecht kunt.

Vragen over contracten en vergoedingen

Heeft u vragen of uw zorgverzekeraar een contract heeft gesloten met Noordwest Ziekenhuisgroep of heeft u vragen over vergoedingen? Neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Heeft u vragen over rekeningen?

- heeft u van Noordwest Ziekenhuisgroep een nota ontvangen dan kunt u contact opnemen met de servicedesk DBC & financiën. Deze servicedesk is op werkdagen van 8:00 tot 16:30 uur bereikbaar van 8:00 tot 16:30 uur op telefoonnummer 072 - 548 3867 of mail servicedeskfinancien&DBC@nwz.nl
- wilt u weten wat de prijs is van een behandeling, kijk dan op www.nwz.nl en ga naar de passantenprijslijst. Of neem contact op met de servicedesk DBC & financiën. De servicedesk is bereikbaar op werkdagen van 8:00 tot 16:30 uur op telefoonnummer 072 - 548 3868 of servicedeskfinancien@nwz.nl

U kunt ook de servicedesk bezoeken. U vindt deze op de begane grond van locatie Alkmaar, naast de rode trap op huisnummer 040.

■ Algemene voorwaarden

Om misverstanden te voorkomen, maken wij u erop attent dat u aansprakelijk bent en blijft voor de betaling van uw onderzoek, behandeling en/of opname, ongeacht het feit of u wel of niet verzekerd bent. Hiervoor gelden de algemene voorwaarden van Noordwest Ziekenhuisgroep. De algemene voorwaarden zijn ingesteld om de betalingen van de verleende zorg te regelen. Daarnaast bevatten de algemene voorwaarden bepalingen, zoals de legitimatieplicht en de regel dat bij het niet verschijnen op een afspraak zonder tegenbericht er kosten in rekening kunnen worden gebracht.

U vindt de algemene voorwaarden op onze website www.nwz.nl.

■ Notities

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Noordwest Ziekenhuisgroep

Postbus 501

1800 AM Alkmaar

www.nwz.nl

tel 072 - 548 4444

Colofon

Redactie zorgadministratie / communicatie

Lay-out vormgeving Noordwest Ziekenhuisgroep

Fotografie beeldgroep Noordwest Ziekenhuisgroep

Druk MarcelisDékavé

Artikel nr 187209/2016.08

Op alle onderzoeken en behandelingen van Noordwest Ziekenhuisgroep zijn de algemene voorwaarden van Noordwest Ziekenhuisgroep van toepassing, zie www.nwz.nl.