

Ziekenhuiszorg, wat betaalt u?

Patiënteninformatie algemeen

Ziekenhuiszorg, wat betaalt u?

Ziekenhuiszorg: wie betaalt de kosten?

Gaat u binnenkort naar het Bravis ziekenhuis? Of bent u al patiënt? Voorkom dat u achteraf onverwacht geconfronteerd wordt met zorgkosten die voor eigen rekening komen. U vindt in deze folder meer informatie over wie de ziekenhuiszorg betaalt.

Gecontracteerde ziekenhuiszorg en polisvoorwaarden

Een zorgverzekeraar vergoedt alleen de volledige zorgkosten van ziekenhuizen waarmee zij een zorgcontract hebben afgesloten. Op de website van uw zorgverzekeraar kunt u terugvinden met welke ziekenhuizen zij een contract hebben afgesloten. Daarnaast moet de zorg onder de polisvoorwaarden vallen. Controleer daarom in uw polisvoorwaarden of de kosten voor uw behandeling worden vergoed. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk.

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 voor zorgkosten uit het basispakket. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd, maar moeten wel aangemeld zijn bij een zorgverzekeraar. Als u ondanks de wettelijke verplichting niet verzekerd bent, moet u alsnog een basisverzekering afsluiten. Doet u dit niet, dan betaalt u de volledige kosten van de behandeling zelf. Niet verzekerd? Meer informatie kunt u hier vinden; [U bent onverzekerd, wat nu?](#)

Aanvullend verzekerd

Niet alle ziekenhuiszorg valt onder de basisverzekering. Dat betekent dat u de rekening zelf moet betalen. Of uw behandeling onder de aanvullende verzekering valt, hangt af van de polisvoorwaarden. Lees daarom uw overeenkomst met de zorgverzekeraar goed door om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende verzekering. Heeft u geen aanvullende verzekering, of valt de behandeling niet onder de aanvullende verzekering, dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg, die niet onder de basisverzekering vallen, zelf betalen.

Geen medische noodzaak

Zorg zonder medische noodzaak, bijvoorbeeld cosmetische chirurgie, valt niet onder het basispakket. Deze zorg betaalt u dus zelf.

Verplicht eigen risico

Wanneer u 18 jaar of ouder bent en gebruik maakt van ziekenhuiszorg uit het basispakket, betaalt u een verplicht eigen risico. De overheid stelt de hoogte van dit bedrag jaarlijks vast. Dit bedrag verrekent uw zorgverzekeraar met de eerste zorgkosten die u maakt. Pas nadat dit verplicht eigen risico is opgemaakt, worden verdere zorgkosten uit de basisverzekering door uw verzekeraar vergoed. Naast het verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar. Verrekening van het verplichte en vrijwillige eigen risico loopt via uw zorgverzekeraar.

Let op: een bezoek aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis valt ook onder het verplicht eigen risico. Een bezoek aan uw huisarts of de huisartsenpost niet. Het is verstandig om voor medische hulp eerst contact op te nemen met de huisarts of huisartsenpost. Als het nodig is, verwijst de huisarts u door naar het ziekenhuis.

Verwijzing

Voor medisch specialistische zorg in het ziekenhuis heeft u voor iedere klacht of probleem een verwijzing nodig. Heeft u geen geldige verwijzing? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat de behandeling pas plaatsvindt als u de juiste verwijzing heeft. In de meeste gevallen krijgt u een verwijzing via de huisarts, maar ook andere zorgaanbieders of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Een verwijzing is, na afgifte, een jaar geldig.

N.B.: Voor spoedeisende hulp heeft u geen verwijzing nodig. Wel is het belangrijk dat u verzekerd bent, anders moet u de kosten hiervoor zelf betalen.

Berekening ziekenhuiskosten

Ziekenhuizen berekenen de kosten via een diagnose-behandel-combinatie (DBC). De prijs van een DBC is een gemiddelde prijs. Deze prijs is niet gebaseerd op de precieze hoeveelheid zorg die een individuele patiënt ontvangt, maar op alle kosten die gemiddeld worden gemaakt voor een reeks behandelingen binnen dat traject. [Hoe berekent het ziekenhuis de kosten?](#) | [Bravis](#)

Een DBC opent op de eerste dag dat er contact is met de zorgverlener. Dit kan een eerste consult zijn. Maar ook een onderzoek of de start van een behandeling. Het jaar van de startdatum is bepalend voor de dan geldende verzekering **en** de verrekening van het eigen risico.

De totale behandeling noemen we een zorgtraject en kan uit 1 of meerdere vervolg DBC's bestaan. Een DBC heeft een maximale looptijd. Duurt uw behandeling langer dan het maximale aantal dagen, dan opent automatisch een vervolg DBC. De startdatum van deze vervolg DBC kan in het nieuwe kalenderjaar vallen, uw eigen risico wordt dan opnieuw aangesproken.

Medisch specialisten, verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) mogen een DBC openen.

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 stuurt het ziekenhuis naar uw zorgverzekeraar. 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?

Heeft u vragen over bijvoorbeeld vergoedingen, eigen risico, eigen bijdrage, polisvoorwaarden neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Wilt u weten hoeveel een behandeling gaat kosten? Neem dan contact op met het facturatieteam van het ziekenhuis voor een prijsindicatie.

De afdeling is telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 09.00 uur tot 12.00 uur.

Tel. nr: 088 70 67 176 of stuur een e-mail naar facturatieteam@bravis.nl

Bekijk onze website voor meer informatie over de kosten van ziekenhuiszorg.