
Algemeen



Patiënteninformatie

Betalen en vergoeden van ziekenhuiszorg



Slingeland Ziekenhuis

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Verzekerde zorg
 - 2.1 *Basisverzekering*
 - 2.2 *Verplicht eigen risico: 385 euro*
 - 2.3 *Aanvullende verzekering*
 - 2.4 *In het buitenland verzekerd en zorg ontvangen in Nederland*
3. Voordat u naar het ziekenhuis gaat
 - 3.1 *Informeel of de kosten worden vergoed*
 - 3.2 *Geldige verwijzing*
 - 3.3 *Spoedeisende hulp*
4. Tarief opvragen
5. Afspraak annuleren/niet nakomen
6. De kosten van de zorg
7. De rekening
 - 7.1 *Rekening naar u of naar uw zorgverzekeraar*
 - 7.2 *Moment van sturen van de rekening*
 - 7.3 *Als u de rekening niet op tijd betaalt*
 - 7.4 *Betalingsvoorwaarden*
 - 7.5 *Vragen over uw ziekenhuisrekening*
8. Andere zorgverzekering
 - 8.1 *Zorgverzekering wijzigen bij uw huidige zorgverzekeraar*
 - 8.2 *Overstappen naar een andere zorgverzekeraar*
9. Wijziging in uw gegevens
10. Veel gestelde vragen

1. Inleiding

Als u zorg nodig heeft in het ziekenhuis, zijn daar kosten aan verbonden. Via een zorgverzekering verzekert u zich voor (een deel van) deze kosten. In veel gevallen vergoedt uw zorgverzekeraar deze kosten. In sommige gevallen dient u (een deel van) de kosten zelf te betalen. In deze folder vindt u informatie over het betalen en vergoeden van ziekenhuiszorg.

2. Verzekerde zorg

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten.

2.1 Basisverzekering

Iedereen moet in ieder geval een basisverzekering hebben. De meeste zorg die het ziekenhuis verleent, valt onder de basisverzekering.

2.2 Verplicht eigen risico: 385 euro

Als u gebruikmaakt van zorg die valt onder de basisverzekering, dan betaalt u altijd eerst een eigen risico. Dit betekent dat u in een kalenderjaar altijd de eerste 385 euro aan zorgkosten die onder de basisverzekering vallen, zelf moet betalen.

Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico heeft afgesproken met uw zorgverzekeraar (maximaal 500 euro). Samen met het verplichte eigen risico kunt u dus voor een eigen risico kiezen van maximaal 885 euro (500 + 385 euro).

Het eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder.

2.3 Aanvullende verzekering

Een aantal ziekenhuisbehandelingen wordt niet uit de basisverzekering vergoed of maar gedeeltelijk. Dat betekent dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Meestal kunt u zich hiervoor aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de polisvoorwaarden.

Heeft u geen aanvullende verzekering? Dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering vallen, volledig zelf betalen.

Zorg die valt onder de aanvullende verzekering, gaat niet ten koste van uw eigen risico.

2.4 In het buitenland verzekerd en zorg ontvangen in Nederland

Als u in het buitenland verzekerd bent en in Nederland zorg nodig heeft, dan geldt het volgende:

- Heeft u een Europese Zorgpas? Dan ontvangt uw zorgverzekeraar de rekening van het ziekenhuis.
- Heeft u géén Europese Zorgpas, dan heeft u voorafgaand aan uw afspraak in het ziekenhuis een machtiging nodig van uw zorgverzekeraar of u betaalt de rekening vooraf zelf.

De kosten worden berekend op basis van het zogenaamde passanten-tarief. Deze tarieven kunt u vinden op www.slingeland.nl (zie: Patiënt > Praktische zaken > betaling en vergoeding) of opvragen via tarieven@slingeland.nl.

3. Voordat u naar het ziekenhuis gaat

3.1 Informeer of de kosten worden vergoed

Wij raden u aan om voorafgaand aan uw afspraak in het ziekenhuis bij uw zorgverzekeraar te informeren of de kosten worden vergoed.

Heeft u een naturapolis?

Dan vergoeden niet alle zorgverzekeraars alle behandelingen in alle ziekenhuizen. Dit geldt zowel voor behandelingen uit de basisverzekering als uit de aanvullende verzekering. U kunt op de website van uw zorgverzekeraar zien met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. Maar kijk ook in uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling worden vergoed. Zelfs als uw zorgverzekeraar een contract heeft met het ziekenhuis, kan het zijn dat bepaalde behandelingen niet worden vergoed. Pas vooral op met zogenaamde budgetpolissen (bijvoorbeeld de Basis Budget-polis van Zilveren Kruis). Heeft het ziekenhuis geen contract met uw zorgverzekeraar? Dan vergoedt uw zorgverzekeraar slechts een deel van de kosten die u in het Slingeland Ziekenhuis maakt. Informeer bij uw zorgverzekeraar hoeveel er vergoed wordt en hoeveel u zelf moet betalen.

Heeft u een restitutiepolis?

Dan maakt het niet uit welk ziekenhuis of welke zorgverlener u kiest. Let dan wel op de hoogte van de maximale vergoeding die u krijgt. Uw zorgverzekeraar kan hier meer over vertellen.

3.2 Geldige verwijzing

Voor een eerste afspraak in het ziekenhuis heeft u een geldige verwijzing nodig. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. Zonder geldige verwijzing moet u de kosten zelf betalen. Meestal krijgt u een verwijzing via de huisarts. Ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijzer zijn, zoals een bedrijfsarts of verloskundige. Het verschilt per zorgverzekeraar wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Vraag dit na bij uw zorgverzekeraar. Een verwijsbrief is een jaar geldig.

Als de arts aangeeft dat u op een later moment terug moet komen voor een vervolg- of controleafspraak, dan heeft u hiervoor geen nieuwe verwijsbrief nodig. Is de behandeling van de arts afgerond en krijgt u opnieuw klachten? Dan heeft u wel weer een verwijzing nodig.

3.3 Spoedeisende hulp

Als u spoedeisende zorg nodig heeft, hoeft u niet eerst contact op te nemen met uw zorgverzekeraar. Spoedeisende zorg in het ziekenhuis wordt altijd vergoed als u een zorgverzekering heeft. Spoedeisende zorg gaat wel ten koste van uw eigen risico. Als uw situatie niet levensbedreigend is, dan raden wij u aan eerst naar een huisarts of de huisartsenpost te gaan. Deze kosten zijn veel lager dan de kosten die het ziekenhuis in rekening brengt. Bovendien gaat dit niet ten koste van uw eigen risico. Indien nodig, verwijst de huisarts u naar de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis.

4. Tarief opvragen

Als er een contract is tussen het ziekenhuis en uw zorgverzekeraar, maken zij prijsafspraken met elkaar. Deze prijzen zijn niet openbaar. De prijs van een behandeling kunt u opvragen door een e-mail te sturen naar tarieven@slingeland.nl. U ontvangt de prijs van de behandeling schriftelijk.

Als er geen contract is tussen het ziekenhuis en uw zorgverzekeraar gelden de zogenaamde passantentarieven. Deze passantentarieven

vindt u op www.slingeland.nl (zie: Patiënt > Praktische zaken > Betaaling en vergoeding). U kunt het passantentarief ook opvragen door een e-mail te sturen naar tarieven@slingeland.nl.

5. Afspraak annuleren/niet nakomen

Als u uw afspraak in het ziekenhuis niet kunt nakomen, dient u deze afspraak uiterlijk 24 uur van tevoren te annuleren. Doet u dit niet, dan worden de kosten mogelijk toch bij u in rekening gebracht.

6. De kosten van de zorg

Zodra u in het ziekenhuis komt, wordt er een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) geopend. In een DBC is vastgelegd welke diagnose en behandeling bij uw zorgvraag horen. Iedere DBC heeft een vaste prijs. Na maximaal 90 dagen wordt de DBC gesloten. Als uw behandeling dan nog niet is afgerond, openen we een zogenaamde vervolg-DBC. Deze mag maximaal 120 dagen duren. Meerdere vervolg-DBC's kunnen elkaar opvolgen.

Bij het vaststellen van de prijs van een DBC is uitgegaan van een gemiddeld aantal behandelingen en/of onderzoeken die bij patiënten worden uitgevoerd. In de praktijk kan het zo zijn dat u meer of minder behandelingen en/of onderzoeken heeft gehad dan het gemiddelde waarop de DBC is gebaseerd. Toch blijft de prijs van de DBC dan hetzelfde. Dat is ook de prijs die in rekening wordt gebracht.

Voorbeeld:

Gemiddeld liggen patiënten met een bepaalde aandoening 3 dagen in het ziekenhuis, krijgen 2 röntgenfoto's en wordt er 3 keer bloed afgenomen. Als u met deze aandoening bent opgenomen, kan het zijn dat u 4 dagen in het ziekenhuis ligt, u 1 röntgenfoto krijgt en dat er 4 keer bloed wordt afgenomen. De prijs van het DBC blijft echter gelijk omdat er wordt uitgegaan van een gemiddelde.

7. De rekening

7.1 Rekening naar u of naar uw zorgverzekeraar

Meestal stuurt het ziekenhuis de rekening rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar. U ziet dan zelf de rekening van het ziekenhuis niet. U ontvangt van uw zorgverzekeraar wel een declaratieoverzicht.

In onderstaande gevallen krijgt u de rekening thuisgestuurd:

- U heeft gebruikgemaakt van zorg die alleen wordt vergoed vanuit een aanvullende verzekering.
- Uw behandeling wordt niet vergoed door uw zorgverzekeraar.
- Uw zorgverzekeraar heeft voor uw behandeling geen contract afgesloten met het Slingeland Ziekenhuis.
- U heeft geen geldige verwijzing voor het consult en de eventuele behandeling.
- U bent niet verzekerd en moet de behandeling zelf betalen.
- U bent poliklinisch bevallen.
- Uw verzekeringsgegevens zijn onjuist of niet bekend bij het Slingeland Ziekenhuis.

Als u de rekening thuisgestuurd krijgt, betekent dat niet automatisch dat de kosten niet vergoed worden door uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van hoe u verzekerd bent, kunt u (een deel van) de kosten alsnog terugvragen bij uw zorgverzekeraar.

7.2 Moment van sturen van de rekening

Het ziekenhuis mag niet zelf bepalen wanneer het de rekening naar u of uw zorgverzekeraar stuurt. Het ziekenhuis moet zich houden aan landelijke regels. De DBC die geopend wordt bij uw eerste afspraak (zie ook paragraaf 6), mag maximaal 90 dagen duren. Als uw behandeling in het ziekenhuis dan is afgerond, 'sluit' het ziekenhuis de DBC. Vervolgens stuurt het ziekenhuis de rekening naar u of uw zorgverzekeraar. Het kan voorkomen dat uw behandeling na het sluiten van de eerste DBC nog niet is afgerond. Dan openen we een zogenaamde vervolgd-DBC. Deze mag maximaal 120 dagen duren. Meerdere vervolgd-DBC's kunnen elkaar opvolgen. Iedere keer dat er een (vervolgd-)DBC is gesloten, stuurt het ziekenhuis de rekening naar u of uw zorgverzekeraar.

Om die reden kan het zijn dat u of uw zorgverzekeraar meerdere rekeningen van ons ontvangt voor een behandeling. In geval van een kortdurende behandeling kan het een aantal weken/maanden duren voordat het ziekenhuis de rekening stuurt. Een andere reden voor het laat versturen van de ziekenhuisrekening kan zijn dat de prijs voor een DBC nog niet met uw zorgverzekeraar is overeengekomen op het moment dat u de zorg in het ziekenhuis ontvangt. Het ziekenhuis kan de rekening pas sturen als de prijs bekend is. Dit is aan het begin van het jaar

meestal nog niet het geval.

7.3 Als u de rekening niet op tijd betaalt

Als u de rekening van het ziekenhuis niet binnen de betalingstermijn betaalt, stuurt het ziekenhuis u een betalingsherinnering. U heeft dan nog 14 dagen om de rekening te betalen. Als u dit niet doet, dan schakelt het ziekenhuis een incassobureau in. Deze kosten worden ook bij u in rekening gebracht.

7.4 Betalingsvoorwaarden

In het Slingeland Ziekenhuis zijn algemene betalingsvoorwaarden van kracht. Deze betalingsvoorwaarden kunt u vinden op www.slingeland.nl.

7.5 Vragen over uw ziekenhuisrekening

Vragen over uw rekening kunt u op werkdagen tussen 08.00 en 12.00 uur stellen aan medewerkers van de afdeling Debiteurenbeheer van het Slingeland Ziekenhuis, (0314) 32 98 35. Mailen kan ook: debiteurenbeheer@slingeland.nl.

8. Andere zorgverzekering

8.1 Zorgverzekering wijzigen bij uw huidige zorgverzekeraar

Eenmaal per jaar kunt u 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.

Let op: De startdatum van de DBC bepaalt op basis van welke polisvoorwaarden uw zorgkosten worden vergoed. Ook geldt het eigen risico van het jaar waarin de DBC is gestart. Houd bij het plannen van een behandeling rekening met de startdatum van de DBC en het moment waarop de DBC sluit. Dit kan van invloed zijn op uw eventuele vergoeding.

Voorbeeld:

Uw eerste afspraak met de specialist is op 1 december en in januari van het volgende jaar staat een operatie gepland. U kiest een uitgebreidere verzekering per 1 januari. De startdatum voor de DBC is dan 1 de-

ember. Uw zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de operatie dan op basis van het zorgpakket dat u op 1 december had.

Meer informatie vindt u op www.slingeland.nl (Patiënt > Praktische zaken > Betaling en Vergoeding) of vraag ernaar bij de secretaresse van de polikliniek.

8.2 Overstappen naar een andere zorgverzekeraar

Eenmaal per jaar kunt u van zorgverzekeraar 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.

Let op: Het ziekenhuis stuurt de rekening naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de DBC verzekerd was. Die startdatum is bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening van het ziekenhuis ontvangt en betaalt. Ook geldt het eigen risico van het jaar waarin de DBC is gestart. Houd bij het plannen van een behandeling rekening met de startdatum van de DBC en het moment waarop de DBC sluit. Dit kan van invloed zijn op uw eventuele vergoeding.

Voorbeeld:

Uw eerste afspraak met de specialist is op 1 december. Begin januari van het volgende jaar staat een operatie gepland. De startdatum voor die DBC is dan 1 december. De zorgverzekeraar waarbij u op 1 december verzekerd was, ontvangt de rekening van het ziekenhuis. Deze zorgverzekeraar zorgt voor een eventuele vergoeding op basis van het zorgpakket dat u op 1 december had.

Meer informatie vindt u op www.slingeland.nl (Patiënt > Praktische zaken > Betaling en Vergoeding) of vraag ernaar bij de secretaresse van de polikliniek.

9. Wijziging in uw gegevens

Bent u verhuisd of veranderd van zorgverzekeraar? Geef wijzigingen voorafgaand aan uw afspraak in het ziekenhuis door bij de Inschrijfbalie van het ziekenhuis. Neem een geldig legitimatiebewijs mee.

10. Veel gestelde vragen

1. Hoe weet ik van tevoren hoeveel een behandeling kost?

Als uw zorgverzekeraar voor de betreffende behandeling een contract heeft met het Slingeland Ziekenhuis, gelden de tarieven die zijn afgesproken tussen uw zorgverzekeraar en het Slingeland Ziekenhuis. De prijs van een behandeling kunt u opvragen door een e-mail te sturen naar tarieven@slingeland.nl.

Als uw zorgverzekeraar voor de betreffende behandeling géén contract heeft met het Slingeland Ziekenhuis, dan geldt het passantentarief. De passantentarieven raadplegen op www.slingeland.nl (zie: Patiënt > Praktische zaken > Betaling en vergoeding). U kunt ook een mail sturen naar tarieven@slingeland.nl.

2. Kan ik de rekening van het Slingeland Ziekenhuis indienen bij mijn verzekeraar?

U kunt de rekening altijd indienen bij uw zorgverzekeraar. De vergoeding die u krijgt is afhankelijk van uw polisvoorwaarden en of uw verzekeraar een contract heeft afgesloten met het Slingeland Ziekenhuis. Voor meer informatie over vergoedingen kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.

3. Ik heb een rekening ontvangen maar ik ben niet in het ziekenhuis geweest. Kan dat?

Dit is mogelijk. Het kan namelijk zo zijn dat door bijvoorbeeld uw huisarts materiaal is afgenomen (bijvoorbeeld bloed of urine), dat vervolgens voor onderzoek is opgestuurd naar het Slingeland Ziekenhuis. In dat geval brengt het Slingeland Ziekenhuis de kosten bij u (of uw verzekeraar) in rekening.

4. Waarom krijg ik zelf een rekening van het ziekenhuis als ik poliklinisch bevallen ben?

Bent u poliklinisch bevallen in het ziekenhuis onder begeleiding van uw eigen verloskundige? Dan moet u voor deze zorg een eigen bijdrage betalen aan het ziekenhuis. De rekening hiervan krijgt u thuisgestuurd.

U dient zelf te zorgen voor het betalen van deze rekening aan het ziekenhuis. Als u verzekerd bent voor een poliklinische bevalling in het

ziekenhuis, kunt u het bedrag bij uw zorgverzekeraar terugvragen. Neem hiervoor contact op met uw zorgverzekeraar.

5. Ik ben aanvullend verzekerd. Waarom krijg ik dan toch een rekening van het ziekenhuis?

Als u zorg heeft ontvangen die niet vanuit de basisverzekering wordt vergoed, ontvangt u de rekening altijd zelf. Het ziekenhuis weet namelijk niet van iedereen of en hoe hij/zij aanvullend verzekerd is.

Als u aanvullend verzekerd bent, dient u deze rekening zelf in bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van uw aanvullende verzekering krijgt u (een deel van) de kosten alsnog vergoed. Denkt u er wel aan dat u zelf verantwoordelijk blijft voor tijdige betaling aan het Slingeland Ziekenhuis.

6. Ik ben maar heel kort behandeld en ontvang nu een (heel) hoge rekening. Hoe kan dat?

Als u in het Slingeland Ziekenhuis bent geweest en u bent gezien door een arts of verpleegkundige, dan is het type behandeling (met de bijbehorende DBC) bepalend voor de hoogte van de rekening. Per DBC is een vast bedrag afgesproken.

Bij het vaststellen van dat bedrag is uitgegaan van een gemiddeld aantal behandelingen en/of onderzoeken. Het kan zijn dat u in de praktijk minder behandelingen en/of onderzoeken heeft gehad dan het gemiddelde waarop de DBC is gebaseerd.

De hoogte van de rekening wordt dus niet beïnvloed door de tijd die nodig is om de behandeling uit te voeren. Het kan voorkomen dat u slechts 5 minuten bent behandeld en hier toch een hoge rekening voor ontvangt.

7. Mijn behandeling is nu een aantal weken/maanden geleden, maar ik heb nog steeds geen rekening ontvangen. Hoe kan dat?

Het ziekenhuis moet zich houden aan landelijk vastgestelde momenten om DBC's te sluiten. Daarna mag het ziekenhuis de rekening pas sturen. Het ziekenhuis moet soms dus (verplicht) wachten tot deze periode is verstreken voordat zij een rekening mag sturen aan de zorgverzekeraar of patiënt.

Ook kan het zijn dat de prijs voor een DBC nog niet met uw zorgverzekeraar is overeengekomen op het moment dat u de zorg in het ziekenhuis ontvangt. Het ziekenhuis kan de rekening pas sturen als de prijs bekend is.

Slingeland Ziekenhuis
Kruisbergseweg 25

Postadres:
Postbus 169
7000 AD Doetinchem

Telefoon: (0314) 32 99 11
Internet: www.slingeland.nl