

Hoe zit het met de kosten van mijn zorg?

Op mijn zorgnota staan nu kosten voor een telefonisch consult / e-mailcontact / chatcontact (via de BeterDichtbij app)?

Tot 2018 hadden telefonische en email/chat-contacten geen financiële waarde. Uw DBC werd niet duurder door bijvoorbeeld een telefonisch consult. Per 2018 is de landelijke wet- en regelgeving hierop aangepast en hebben telefonische en email/chat-contacten dezelfde waarde als een herhaal-polikliniekbezoek. Uw DBC kan dus duurder worden door een telefonisch contact met uw medisch specialist. Dit contact moet wel inhoudelijk een herhaal-polikliniekbezoek vervangen. Houdt u er rekening mee dat in 2018 de telefonische consulten of email/chat-contacten effect op uw eigen risico kan hebben.”

Kan ik rechtstreeks naar een ziekenhuis gaan of moet ik eerst naar de huisarts?

Voor medisch specialistische zorg in het ziekenhuis heeft u een verwijzing nodig. De huisarts geeft alleen een verwijzing als dit medisch noodzakelijk is. Zonder geldige verwijzing zijn de kosten voor eigen rekening. In levensbedreigende situaties kunt u uiteraard wel direct naar de spoedeisende hulp komen.

Ik wil voordat ik naar het ziekenhuis ga, weten wat het mij kost. Kunt u mij een kostenoverzicht geven?

Voor ziekenhuisbehandelingen is vaak vooraf geen goede prijsindicatie te geven omdat dit afhangt van welke onderzoeken u moet ondergaan en welke diagnoses gesteld worden. De meest ziekenhuisbehandelingen zijn een stuk hoger dan het eigen risico. In de meeste gevallen bent u uw eigen risico dus kwijt.

Er staat een andere startdatum van het DBC-zorgproduct op mijn zorgnota dan de datum van mijn eerste consult. Hoe kan dat?

De startdatum van het DBC-zorgproduct is de datum van de eerste zorgactiviteit die heeft plaatsgevonden. Die kan zijn geweest vóór het eerste consult in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld een laboratoriumonderzoek van uw bloed dat eerder werd afgenomen.

Het DBC-zorgproduct sluit automatisch na een periode van maximaal 120 dagen, de dag na sluiten opent automatisch een nieuwe DBC: een vervolg DBC-zorgproduct. De startdatum van een vervolg DBC-zorgproduct is dus niet de datum waarop de eerste vervolg zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Dit is de datum die aansluit op de voorafgaande DBC. Uw zorg kan dus uit meerdere periodes bestaan die zijn verdeeld in meerdere DBC-zorgproducten, deze sluiten altijd op elkaar aan.

Ik ben heel kort bij de specialist geweest en dat kost meer dan bijv. 200 euro, hoe kan dat?

De kosten van een behandeling, een zogenaamd DBC-zorgproduct, zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten van die behandeling. Het is dus geen optelsom van de kosten voor de activiteiten maar gebaseerd op de gemiddelde kosten die gemaakt worden bij het behandelen van een patiënt die een vergelijkbare diagnose en behandeling krijgt. Ook kosten voor huisvesting, apparatuur en facilitaire zaken zijn in die gemiddelde kosten meegenomen. Als u alleen consult heeft gehad dan ervaart u het bedrag als hoog terwijl iemand die voor dezelfde prijs bijvoorbeeld 3 consulten en diagnostiek heeft gehad dit niet zo ervaart. Dit komt dus doordat de prijs voor DBC-zorgproducten zijn gebaseerd op gemiddelde kosten.

Waarom krijg ik van mijn zorgverzekeraar pas lange tijd na mijn ziekenhuisbezoek of behandeling de rekening?

Behandelingen kennen verschillende doorlooptijden. Sommige zijn korter en andere zijn langer. Er zijn wettelijke looptijden voor het afrekenen van behandelingen (DBC's). Een ziekenhuis mag rekeningen indienen zelfs tot één jaar nadat de behandeling is afgerond. Vervolgens hebben zorgverzekeraars nog 30 dagen de tijd om de factuur te beoordelen.

Ik ben naar een andere zorgverzekeraar gegaan omdat die mijn behandeling wel vergoedt en nu gaat de rekening naar mijn vorige zorgverzekeraar, hoe kan dit?

Uw behandeling in het ziekenhuis wordt gedeclareerd door middel van één of meerdere behandeltrajecten (DBC-zorgproducten) die elkaar opvolgen. De startdatum van ieder behandeltraject is leidend voor de vergoeding. Het ziekenhuis declareert ieder DBC-zorgproduct bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op de startdatum van het DBC-zorgproduct is verzekerd. Als u dus tijdens een behandeltraject overstapt, dan declareert het ziekenhuis dit behandeltraject bij uw vorige zorgverzekeraar. Informeert u dus goed bij uw huidige en eventuele nieuwe zorgverzekeraar wat de gevolgen kunnen zijn voor de vergoeding van al in gang gezette behandelingen.

Mijn behandeling begint in het ene jaar 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.

Waarom moet ik betalen terwijl er tijdens het bezoek aan het ziekenhuis niets is gevonden?

U betaalt voor het onderzoek of de behandelingen die u heeft ondergaan naar aanleiding van uw gezondheidsklachten. U betaalt niet voor de uitkomst. Helaas is er in de zorg nooit een garantie op een bepaalde uitkomst. Een arts zal altijd de vervolgstappen voorstellen die hem het beste lijken.

Geldt het eigen risico voor de huisartsenpost en de spoedeisende hulp?

Voor een bezoek aan de huisarts of de huisartsenpost geldt geen eigen risico. Voor een bezoek aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis wel. Als u zorg nodig heeft, neem dan altijd eerst contact op met uw huisarts of (in de avonduren) met de huisartsenpost. Als het nodig is, verwijst de huisarts door naar het ziekenhuis. Voor levensbedreigende situaties gaat u direct naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

Welke zorg valt onder het (verplicht) eigen risico?

Alle medische ziekenhuiszorg, onderzoek aangevraagd door huisarts/verloskundige (laboratorium-, röntgenonderzoek) en medicatie. Ambulancekosten worden apart gefactureerd door de ambulancediensten en vallen ook onder het eigen risico.