

Kosten en vergoedingen van een ziekenhuisbezoek

Komt u voor een onderzoek of behandeling naar het Frisius MC Leeuwarden? Dan zijn daar kosten aan verbonden. Om te voorkomen dat u achteraf te maken krijgt met onverwachte kosten, vragen wij u om deze folder goed door te nemen. Heeft u nog vragen? Neem dan contact op met de medewerkers van het Informatiepunt Zorgkosten van het Frisius MC Leeuwarden.

Inleiding

Heeft u binnenkort een afspraak in ons ziekenhuis? Of bent u al patiënt bij ons? In deze folder vindt u informatie over de kosten en vergoedingen ziekenhuiszorg.

Basisverzekering

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 vanuit de basisverzekering. Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt ieder jaar een verplicht eigen risico voor de zorg die valt onder de basisverzekering. De overheid stelt de hoogte hiervan vast en uw zorgverzekeraar brengt dit bij u in rekening. De hoogte van het door u zelf te betalen eigen risico bedraagt € 385. Tot en met 2025 blijft dit bedrag hetzelfde.

Aanvullende verzekering

Naast de basisverzekering kunt u zich aanvullend verzekeren tegen ziektekosten. Als u dan zorg nodig heeft die niet onder de basisverzekering valt, vergoedt uw zorgverzekeraar hiervan een deel of mogelijk de volledige kosten vanuit uw aanvullende verzekering. De voorwaarden en hoogte van de vergoedingen zijn verschillend per zorgverzekeraar en afhankelijk van uw polisvoorwaarden. Deze kunnen jaarlijks worden gewijzigd.

Geen contract met uw zorgverzekeraar of een budgetpolis

Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten met ons ziekenhuis of u heeft een zogenaamde budgetpolis bij uw zorgverzekeraar afgesloten, dan moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Dit is afhankelijk van de zorg die u bij ons heeft gekregen en uw polisvoorwaarden. Voor meer informatie hierover verwijzen wij u naar uw zorgverzekeraar.

Juiste gegevens

Voor een juiste en tijdige administratieve en financiële afhandeling van de aan u verleende zorg is het belangrijk dat wij beschikken over uw juiste gegevens. Bent u verhuisd, van zorgverzekeraar veranderd of is er sprake van een andere wijziging zoals een naamswijziging, geef dit dan tijdig door.

Verwijzing

Om gebruik te kunnen maken van medisch specialistische zorg waarvan de kosten worden vergoed door uw zorgverzekeraar, heeft u een geldige verwijzing nodig. U bent zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen van de juiste verwijzing.





Over het algemeen wordt u verwezen door uw huisarts, maar ook andere zorgverleners of medisch specialisten kunnen verwijzer zijn. In uw polisvoorwaarden staat beschreven welke verwijzers door uw zorgverzekeraar als geldige verwijzer worden geaccepteerd.

Een verwijzing is, na afgifte, over het algemeen een jaar geldig. Heeft u geen geldige verwijzing als u in het ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas behandeld wordt als u de juiste verwijzing heeft. Voor spoedeisende hulp heeft u geen verwijzing nodig. Het is wel belangrijk dat u verzekerd bent, anders moet u zelf de kosten hiervan betalen.

Consult op afstand

Een telefonisch consult(afspraak), videoconsult of contact met een zorgverlener via mijnMCL, kan in rekening worden gebracht bij u of uw zorgverzekeraar. Voorwaarde is dat het betreffende contact een spreekuurbezoek vervangt. Dit 'consult op afstand' kan gevolgen hebben voor uw eigen risico.

Op basis waarvan wordt welk tarief in rekening gebracht?

De verleende zorg wordt in Nederland geregistreerd door middel van codes, ook wel zorgactiviteiten genoemd. Voorbeelden van zorgactiviteiten zijn: consulten, onderzoeken, behandelingen en verpleegdagen. Er is landelijk wet- en regelgeving opgesteld waarin is bepaald op welke wijze zorgactiviteiten moeten worden gedeclareerd. Dit gebeurt vaak door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en Overige Zorgproducten (OZP's). De tarieven van DBC's en OZP's worden vaak door het ziekenhuis zelf, in overleg met individuele zorgverzekeraars, vastgesteld.

In een DBC is vastgelegd welke diagnose en behandeling bij uw zorgvraag horen. Er zijn ruim 4500 DBC's met elk een eigen prijs. Uw totale behandeling, van het eerste consult bij de medisch specialist tot en met de laatste controle, kan uit meerdere DBC's bestaan. Afhankelijk van de behandeling die u ondergaat en de wijze waarop dit wordt uitgevoerd – poliklinisch, dagbehandeling of klinisch – kan de prijs verschillen. Ook bijvoorbeeld aanvullende onderzoeken of bepaalde geneesmiddelen kunnen van invloed zijn op het totaalbedrag van de betreffende DBC.

Naast DBC's kunnen ziekenhuizen ook andere tarieven in rekening brengen, zoals voor verrichte werkzaamheden waarbij de arts in het ziekenhuis niet uw hoofdbehandelaar is, maar bijvoorbeeld uw huisarts. U komt dan alleen in het ziekenhuis voor de diagnostiek, zoals voor het maken van een röntgenfoto. Uw huisarts heeft dan deze diagnostiek aangevraagd bij het ziekenhuis. U wordt dan verder ook niet behandeld door een arts in het ziekenhuis. De uitslag van de röntgenfoto bespreekt u dan verder met uw huisarts.

Ook kunnen ziekenhuizen voor (hele) dure geneesmiddelen tarieven in rekening brengen. Deze mogen alleen in rekening worden gebracht als we ook één of meerdere DBC's voor de aan u verleende zorg declareren. Voor een deel van onze zorgproducten zijn de tarieven vastgesteld door de NZa. Voor het andere deel hebben wij zelf de tarieven vastgesteld in overeenstemming met de zorgverzekeraars.

Wat kost uw behandeling?

De exacte kosten van uw behandeling zijn meestal pas na afloop van de behandeling helder. Eerst moet duidelijk worden wat er aan de hand is en welke zorg u nodig heeft.





Hiervoor is een eerste afspraak in het ziekenhuis nodig. Soms moet u ook onderzocht worden en zijn daarvoor meerdere afspraken nodig. Op het moment dat uw specialist een diagnose heeft gesteld en duidelijk is welke behandeling het meest wenselijk is, is het mogelijk om u een gerichte indicatie te geven van de te verwachten kosten. Hierin zijn de kosten van onvoorziene omstandigheden niet opgenomen en er kunnen geen rechten aan de kostenindicatie worden ontleend. Voor een kostenindicatie kunt u contact opnemen met het Informatiepunt Zorgkosten, de contactgegevens vindt u verderop in deze folder.

Let op! Voor alle situaties geldt dat de kosten voorafgaand aan het stellen van de diagnose en het vaststellen van de meest wenselijke behandeling (bijvoorbeeld consulten en diagnostiek) altijd in rekening worden gebracht. Ook wanneer u besluit om de behandeling niet of op een later moment uit te laten voeren.

De factuur ontvangen

Op het moment dat de DBC wordt gesloten en de prijsafspraken met de zorgverzekeraars definitief zijn, wordt de DBC door ons gefactureerd. Een DBC kan maximaal 120 dagen open blijven staan. Het kan dan ook zijn dat uw zorgverzekeraar onze factuur pas ontvangt, als uw behandeling al enige tijd geleden is afgerond.

U kunt uw factuur of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via de 'mijn omgeving' van uw zorgverzekeraar. Op de factuur staan in ieder geval de volgende gegevens; de naam van het ziekenhuis, het specialisme, de consumentenomschrijving van de DBC's, de kosten, de begin- en einddatum van een DBC en de geregistreerde zorgactiviteiten. Het ziekenhuis declareert, afhankelijk van de duur van uw behandeling, één of meerdere DBC's. De declaratie wordt naar uw zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar controleert de factuur van het ziekenhuis en verwerkt deze. Wanneer dit afgerond is, ziet u de gegevens van de factuur in uw 'mijn omgeving' van uw zorgverzekeraar staan. Heeft u nog geen persoonlijk online account bij uw zorgverzekeraar? Via de website van uw zorgverzekeraar kunt u dit aanvragen.

Let op! Voor alle situaties geldt: U blijft altijd zelf verantwoordelijk voor een tijdige en volledige betaling van de gemaakte kosten. Als u of uw zorgverzekeraar niet op tijd of niet volledig betaalt, dan kunnen wij besluiten om passende maatregelen te treffen. Om dit te voorkomen verzoeken we u om bij vragen altijd tijdig contact met ons op te nemen. Raadpleeg de Algemene betalingsvoorwaarden van het Frisius MC Leeuwarden voor meer informatie over uw rechten en verplichtingen rondom de kosten en vergoedingen van onze zorgverlening

Verplicht en vrijwillig eigen risico

Het verplicht eigen risico wordt bij iedereen van 18 jaar en ouder jaarlijks opnieuw in rekening gebracht. Heeft u naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico gekozen? Dan kan het door u zelf te betalen eigen risico over het jaar 2025 oplopen tot maximaal € 885.

Een DBC mag maximaal 120 dagen open staan. Is uw zorgvraag nog niet afgerond? Dan wordt er automatisch aansluitend een nieuwe (vervolg)DBC geopend. Dit proces herhaalt zich steeds na maximaal 120 dagen, zolang u onder behandeling bent. Als een DBC gesloten is, wordt deze gefactureerd aan u of aan uw zorgverzekeraar. Uw zorgverzekeraar





betaalt de factuur aan het ziekenhuis en verrekent met u het eigen risico. Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico hebben betrekking op de zorg die valt onder de basisverzekering.

De openingsdatum van een DBC bepaalt over welk jaar er eigen risico in rekening wordt gebracht. Het kan zijn dat u na betaling van uw eigen risico voor een DBC of andere zorgdeclaratie nog een eigen risico voor datzelfde jaar overhoudt. Het resterend bedrag aan de door u te betalen eigen risico kan in rekening worden gebracht voor bijvoorbeeld een vervolg-DBC.

Als de vervolg-DBC in een volgend kalenderjaar wordt geopend, wordt er aanspraak gemaakt op uw eigen risico voor het jaar waarin de vervolg-DBC is geopend. De startdatum van een DBC is altijd bepalend voor het jaar waarover het eigen risico wordt berekend.

Eigen bijdrage

Naast een eigen risico kan er ook sprake zijn van een eigen bijdrage. De eigen bijdrage wordt in rekening gebracht wanneer u bepaalde genees- of hulpmiddelen gebruikt, bij specifieke behandelingen of wanneer u een bepaalde vorm van zorg ontvangt. De eigen bijdrage staat los van het eigen risico. Dit betekent dat het kan voorkomen dat u naast een eigen bijdrage ook een (deel van het) eigen risico moet betalen.

Als er geen medische noodzaak is

Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld esthetische chirurgie) wordt nooit vergoed vanuit de basisverzekering. Deze kosten moet u zelf betalen en in een aantal situaties kan er aanspraak worden gemaakt op een (gedeeltelijke) vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. Heeft u zorg ontvangen waarvoor u mogelijk een vergoeding krijgt vanuit uw aanvullende verzekering, dan kan het zijn dat u de factuur zelf ontvangt. U dient de factuur dan zelf in te dienen bij uw zorgverzekeraar.

Spoedeisende hulp of huisartsenpost

De kosten van een bezoek aan de Spoedeisende Hulp vallen onder de basisverzekering en daarmee onder het eigen risico. Ook als uw zorgverzekeraar geen contract met ons heeft, worden de kosten als gevolg van het verlenen van spoedeisende hulp vergoed. Bent u ervan overtuigd dat uw situatie niet direct levensbedreigend is, neem dan altijd eerst contact op met uw huisarts of de huisartsenpost. De kosten voor een bezoek aan de huisarts(enpost) worden niet in mindering gebracht op uw eigen risico. Als het nodig is, verwijst de huisarts u naar het ziekenhuis. De huisartsenpost is ook 's avonds, in het weekend en op feestdagen geopend, juist op die tijden dat u niet bij uw eigen huisarts terecht kan.

Bent u aanvullend verzekerd?

Wij zijn niet op de hoogte van alle voorwaarden die zorgverzekeraars voor hun aanvullende verzekeringen hanteren. Wij adviseren u om voorafgaand aan uw behandeling uw polisvoorwaarden te checken en om eventueel contact op te nemen met uw zorgverzekeraar. Dit om te voorkomen dat u achteraf geconfronteerd wordt met onverwachte zorgkosten en u deze zelf moet betalen.





Komt uw behandeling in aanmerking voor vergoeding vanuit een aanvullende verzekering? Afhankelijk van de afspraken die wij met uw zorgverzekeraar hebben, sturen wij in dit geval de factuur toch naar u zelf. U moet de factuur zelf doorsturen naar uw zorgverzekeraar. U bent namelijk zelf verantwoordelijk voor een juiste (financiële) afhandeling van de factuur.

Bent u overgestapt naar een andere zorgverzekeraar?

Bent u overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? Het Frisius MC Leeuwarden stuurt de factuur conform de landelijke regelgeving naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de DBC verzekerd was. Die zorgverzekeraar krijgt dus de rekening, ook als u tijdens de looptijd van de DBC overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Uw voormalige zorgverzekeraar verrekent het eigen risico met u.

De startdatum van een DBC is bepalend voor het jaar waartoe de kosten worden gerekend en daarmee óók voor het jaar waarover het eigen risico in rekening wordt gebracht.

Als er geen contract is tussen het Frisius MC Leeuwarden en uw zorgverzekeraar

Ieder jaar proberen we tijdig goede afspraken te maken met zorgverzekeraars over onze zorgverlening. Als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met ons ziekenhuis, dan is de kans groot dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Wij brengen dan de zogenaamde 'passantenprijs' bij u of uw zorgverzekeraar in rekening. De passantenprijs wordt ook in rekening gebracht wanneer uw zorgverzekeraar wel een contract met ons heeft, maar er voor heeft gekozen om een deel van onze zorgverlening niet te contracteren. Onze passantenprijzen kunt u vinden op onze website.

U kunt één keer per jaar 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. U kunt bijvoorbeeld kiezen voor een zorgverzekeraar die wel een contract met ons ziekenhuis heeft afgesloten of een restitutiepolis afsluiten. Met een restitutiepolis heeft u onder andere meer keuzevrijheid voor zorgaanbieders van uw voorkeur.

Als u in het buitenland verzekerd bent

Bent u bij een buitenlandse verzekeringsmaatschappij verzekerd en heeft u een Europese verzekeringskaart (European Health Insurance Card)? Lever dan een kopie hiervan in bij de inschrijfbalie van het Frisius MC Leeuwarden of bij de polikliniek die u bezoekt. Wij sturen de factuur dan naar Zilveren Kruis Buitenlands Recht die zorgt voor de juiste financiële en administratieve afhandeling. Heeft u geen Europese verzekeringskaart of zijn wij niet in het bezit van een kopie van uw verzekeringskaart? Dan kunnen wij de factuur niet rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar indienen. U krijgt dan de factuur thuis en bent zelf verantwoordelijk voor een tijdige en volledige betaling.

Onverzekerden

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten en om de premie daarvoor te betalen. Als u ondanks de wettelijke verplichting





nog geen zorgverzekering heeft afgesloten, moet u alsnog zo spoedig mogelijk minimaal een basisverzekering afsluiten. Doet u dit niet, dan moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. Ook loopt u het risico om van het CAK boetes te krijgen voor het onverzekerd zijn en op inhoudingen op uw loon, uitkering of andere bron van inkomsten.

Hoe komt u aan een zorgverzekering?

Neem contact op met een zorgverzekeraar en informeer naar de mogelijkheden. Kunt u dit niet zelf? Vraag dan aan iemand in uw omgeving of hij/zij u hierbij kan helpen (bijvoorbeeld familie, vrienden of een persoonlijke begeleider). Ook kunt u voor advies contact opnemen met een medisch maatschappelijk werker van ons ziekenhuis via telefoonnummer 058 – 286 78 76.

Meer informatie

Op de website www.dezorgnota.nl staan de meest gestelde vragen en antwoorden. Ook kunt u zien met welke soort vraag, u bij welke instantie terecht kunt.

Antwoorden op veel gestelde vragen over de onderwerpen uit deze folder vindt u ook op www.mcl.nl/kosten.

Op de zorg die u ontvangt in het Frisius MC Leeuwarden zijn onze algemene betalingsvoorwaarden van toepassing. Deze kunt u vinden op www.mcl.nl/praktische-informatie/tarieven-en-zorgverzekering of vraag ernaar bij het Informatiepunt Zorgkosten.

Voor vragen over de kosten van een behandeling, een toelichting op uw factuur of andere vragen over onze zorg- en dienstverlening, kunt u contact opnemen met het Informatiepunt Zorgkosten.

Het Informatiepunt Zorgkosten bevindt zich op route 49b in het Frisius MC Leeuwarden en is geopend op maandag t/m vrijdag van 8.30 – 12.30 uur en 13.00 - 17.00 uur.

Telefoon 058 – 286 67 86

E-mail infozorgkosten@mcl.nl

