

# DE VERGOEDING VAN UW BEHANDELING

Na afloop van een behandeling stuurt het Jeroen Bosch Ziekenhuis een rekening voor de geleverde zorg. Soms gaat deze rekening rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar en merkt u hier niets van. Alleen als u het wettelijke eigen risico van dat jaar nog niet (helemaal) heeft betaald, ontvangt u een rekening van uw zorgverzekeraar. Dit bedraagt maximaal € 385 in 2017. Het kan ook zijn dat u zelf een rekening ontvangt. In deze folder kunt u meer lezen hierover.

## Meeste zorg wordt vergoed

De meeste onderzoeken en behandelingen in het ziekenhuis worden vergoed door uw zorgverzekeraar. Ze zitten in de basisverzekering, die voor iedereen hetzelfde is.

Maar niet alle zorg wordt (volledig) vergoed. Het is mogelijk dat u een naturapolis of budgetpolis heeft afgesloten, waarbij uw zorgverzekeraar de zorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis niet, slechts gedeeltelijk of alleen onder bepaalde voorwaarden vergoedt. Ook zijn er behandelingen die niet onder de basisverzekering vallen en alleen vergoed worden als u een aanvullende verzekering heeft.

**Het is uw eigen verantwoordelijkheid om van tevoren na te gaan of u verzekerd bent voor de zorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.**

## Wanneer moet u (een gedeelte) zelf betalen?

- Sommige ziekenhuiszorg valt niet (helemaal) onder de basisverzekering. Als u hiervoor niet aanvullend verzekerd bent, moet u de kosten voor deze zorg volledig zelf betalen. Dit betekent dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Het ziekenhuis stuurt deze rekening rechtstreeks naar u. Bekijk altijd goed uw verzekeringspolis om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende verzekering.
- Met de meeste zorgverzekeraars heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis contracten gesloten over de te leveren zorg. Maar als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het Jeroen Bosch Ziekenhuis, moet u mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Het ziekenhuis brengt dan de zogenaamde 'vaste tarieven' in



rekening; aan u als patiënt of aan de zorgverzekeraar. Kijk voor de zorgverzekeraars waar het Jeroen Bosch Ziekenhuis een contract mee heeft en voor de vaste tarieven op [www.jbz.nl/tarieven](http://www.jbz.nl/tarieven). Deze tarieven worden jaarlijks aangepast.

### **Wat betaalt u altijd zelf?**

- U heeft in 2017 een eigen risico van € 385 (was ook € 385 euro in 2016) als u ziekenhuiszorg krijgt die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. 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 2017 altijd de eerste € 385 aan zorgkosten die onder de basisverzekering vallen zelf moet betalen. Voor uw eigen risico telt altijd de startdatum van uw behandeling in het ziekenhuis.
- Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) is altijd uitgesloten van een vergoeding uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf. U kunt voor zorg zonder medische noodzaak een prijsopgave vragen (zie de paragraaf 'Een prijsopgave vooraf').

### **Een verwijfsbrief is nodig**

Ziekenhuiszorg is tweedelijns zorg. Dit betekent dat een verwijfsbrief door een (huis) arts noodzakelijk is. Dit kan ook een arts uit een ander ziekenhuis zijn of een verloskundige. Is er geen geldige verwijfsbrief 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 verwijfsbrief heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. Een verwijfsbrief is een jaar geldig.

### **Als u onverzekerd bent**

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht zich te verzekeren voor 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 eerst een voorschot van de te verwachten kosten. Eventueel wordt er een betalingsregeling getroffen.

### **De ziekenhuisrekening**

Na afloop van de behandeling stuurt het ziekenhuis een rekening voor de geleverde zorg. Ziekenhuizen in Nederland zijn verplicht de geleverde zorg in rekening te brengen met behulp van zogenaamde 'DBC-zorgproducten'. Een DBC-zorgproduct is een unieke code (van veertien cijfers) die de zorgvraag, diagnose en de totale behandeling van een patiënt weergeeft. Elk DBC-zorgproduct heeft zijn eigen 'prijskaartje'. In deze prijs zijn de kosten voor specialisten, verpleging en bijvoorbeeld röntgenfoto's opgenomen. Maar ook de indirecte kosten van het ziekenhuis zijn verrekend, zoals de kosten van opleidingen, onderzoek en spoedeisende hulp.

De DBC-zorgproducten zijn onderverdeeld in twee segmenten, namelijk het A- en B-segment.

- Voor elk DBC-zorgproduct in het A-segment geldt een landelijke vastgesteld maximumtarief. Aan de hand van de DBC-code op de factuur kunt u op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)) controleren of de factuur klopt.
- Over de tarieven van de DBC-zorgproducten in het B-segment onderhandelen de ziekenhuizen elk jaar opnieuw met de zorgverzekeraars. Kijk op [www.jbz.nl/tarieven](http://www.jbz.nl/tarieven) voor de tarieven van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. (Let op: uw zorgverzekeraar kan een lager tarief rekenen voor uw behandeling). Dit tarief wordt dan in rekening gebracht.

### **Een DBC-zorgproduct is een gemiddelde**

Bij de vaststelling van een DBC-zorgproduct is uitgegaan van het traject dat een gemiddelde patiënt in het ziekenhuis doorloopt bij een bepaalde diagnose. Sommige patiënten liggen bij een bepaalde aandoening bijvoorbeeld drie dagen in het ziekenhuis. Anderen, met dezelfde aandoening, moeten langer blijven of kunnen eerder naar huis. Soms wordt er slechts één röntgenfoto gemaakt, bij andere mensen is het nodig veel meer foto's te maken. Voor al deze mensen (met dezelfde diagnose) wordt dezelfde prijs in rekening gebracht. Voor deze landelijke regeling is gekozen omdat het niet werkbaar is om voor ieder apart onderdeel van uw behandeling een rekening te sturen. (Het aantal DBC's is al 4000).

Het komt ook voor dat er na het gesprek met - en/of onderzoek door - de arts geen diagnose wordt vastgesteld en ook niet wordt behandeld. Hiervoor bestaan aparte en ook goedkopere DBC's.

### **Overige zorgproducten**

Naast DBC-zorgproducten kent het ziekenhuis nog andere zorgproducten. Deze worden apart in rekening gebracht. Dit zijn bijvoorbeeld:

- Bepaalde behandelingen door kaak- en mondheekunde, tandheekunde en orthodontie;
- Eerstelijns paramedische zorg, zoals de (sport)fysiotherapeut, diëtist, logopedist en psycholoog;
- Erfelijkheidsvoorlichting;
- Bepaalde dure geneesmiddelen (worden apart naast het DBC-zorgproduct gedeclareerd);
- Verblijf op de Intensive Care (wordt apart naast het DBC-zorgproduct gedeclareerd);
- Laboratoriumverrichtingen, röntgenfoto's, scopieën, enz. die door de huisarts worden aangevraagd.

### **Tarieven fysiotherapeut en diëtist**

De afdelingen Diëtetiek en Fysiotherapie leveren zorg aan patiënten tijdens hun ziekenhuisopname. De zorg tijdens uw opname maakt deel uit van een DBC-zorgproduct. De prijs van fysiotherapie en diëtetiek na uw opname is afhankelijk van uw verzekering.

### **Wanneer stuurt het ziekenhuis een rekening?**

Uitgangspunt is dat het ziekenhuis na afloop van de gehele behandeling een rekening stuurt. Als uw klachten na de behandeling weer terugkomen, start een nieuw behandeltraject. Het ziekenhuis gebruikt in de administratie een andere DBC-code, die uitgaat van een 'vervolgbehandeling'. Na afloop van de nieuwe behandelingen stuurt het ziekenhuis weer een rekening.

Een DBC kan maximaal 120 dagen lopen. Het ziekenhuis brengt het DBC-tarief na afloop van de behandeling in rekening bij de ziektekostenverzekeraar, of bij uzelf. Dit laatste is afhankelijk van de wijze waarop u verzekerd bent.

Voor sommige chronische DBC-zorgproducten, zoals nierdialyse, is in de wet een uitzondering gemaakt. Vanwege de hoge kosten mogen ziekenhuizen deze wekelijks in rekening brengen.

Na afsluiting van een DBC kan het nog enige maanden duren voordat de factuur wordt verstuurd. Dit heeft te maken met de administratieve afwikkeling van een DBC.

### **Een prijsopgave vooraf**

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis kan u eventueel van tevoren een prijsopgave doen voor een onderzoek en/of behandeling. U kunt hiervoor contact opnemen met de Zorgadministratie, telefoonnummer (073) 553 85 00 (keuze 2) (maandag t/m vrijdag van 09.00 – 16.00 uur) .

De medewerker van deze afdeling zal u een aantal vragen stellen om in te kunnen schatten om welke verrichtingen en diagnose het waarschijnlijk gaat. U ontvangt vervolgens binnen vijf werkdagen een schriftelijke prijsopgave van het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

### **Betalingsvoorwaarden**

De betalingsvoorwaarden van het Jeroen Bosch Ziekenhuis kunt u vinden op [www.jbz.nl](http://www.jbz.nl).

### **Meer informatie?**

Op [www.dezorgnota.nl](http://www.dezorgnota.nl) vindt u antwoorden op veelgestelde vragen over de vergoeding van zorg.

Heeft u vragen over uw eigen polisvoorwaarden en de vergoeding van uw behandeling, neemt u dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Heeft u vragen over bijvoorbeeld de prijslijst van het Jeroen Bosch Ziekenhuis of de contracten met zorgverzekeraars, dan kunt u contact opnemen met afdeling Zorgadministratie, telefoonnummer (073) 553 85 00 (keuze 2) (maandag t/m vrijdag van 09.00 – 16.00 uur) of een e-mail sturen naar [facturatie@jbz.nl](mailto:facturatie@jbz.nl)

Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)) vindt u meer informatie over de DBC-tarieven en wijze van facturering. Of u kunt bellen met de NZA-informatielijn. Deze is op werkdagen bereikbaar van 9.00 tot 17.00 uur op telefoonnummer 088-770 8 770 (lokaal tarief).

U kunt uw vraag ook per e-mail stellen: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl).