Veel gestelde vragen over tarieven en vergoedingen ziekenhuiszorg

Lees eerst de algemene informatie over de kosten en vergoeding van een behandeling (http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/kosten-en-zorgverzekering). Veel vragen over de kosten en/of vergoeding van een behandeling worden vaker gesteld. Kijk of u uw vraag en het antwoord er op hier kunt vinden.

Staat uw vraag er niet bij? Neemt u dan contact op met de Zorgadministratie: telefonisch op maandag t/m vrijdag tussen 09.00 – 13.00 uur via telefoonnummer (073) 553 85 00 (kies optie 1).

Wie kan mij vertellen of mijn behandeling vergoed wordt?

Uw zorgverzekeraar kan u vertellen of uw behandeling vergoed wordt. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft onvoldoende inzage in individueel afgesloten polissen en bijbehorende voorwaarden en kan u dus hier niet volledig over informeren.

Het is uw verantwoordelijkheid om bij uw zorgverzekeraar na te vragen of uw behandeling vergoed wordt. Niet alle zorg wordt namelijk (volledig) vergoed door de zorgverzekeraar. Dit is afhankelijk van de voorwaarden van de polis die u heeft afgesloten.

Wordt spoedeisende hulp vergoed?

Spoedeisende zorg op de afdelingen Spoedeisende hulp en Verloskunde wordt vergoed (als u bent verzekerd). Deze spoedeisende zorg wordt ook vergoed wanneer uw zorgverzekeraar geen contract heeft met het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De kosten voor spoedeisende zorg worden door uw zorgverzekeraar verrekend met uw eigen risico. Voor een bezoek aan de huisarts of huisartsenpost wordt geen eigen risico in rekening gebracht.

Wordt thuismonitoring (telemonitoring) vergoed?

Thuismonitoring (http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/afdelingen/monitoringscentrum) (ook wel telemonitoring genoemd) wordt volledig vergoed vanuit de basisverzekering. Het valt wel onder uw eigen risico (met uitzondering van thuismonitoring tijdens begeleiding zwangerschap).

Bij uw zorgverzekeraar kunt u terecht met verdere vragen hierover.

Krijg ik de factuur zelf of gaat deze naar de zorgverzekeraar? (Ik heb alleen een basisverzekering)

De factuur voor zorg die binnen de basisverzekering valt, stuurt het ziekenhuis rechtstreeks naar uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verrekent de factuur met uw eigen risico. Gaat de factuur over zorgkosten die niet onder de basisverzekering vallen? Dan stuurt het ziekenhuis de factuur naar u.

Waarom ontvang ik een factuur, terwijl ik aanvullend verzekerd ben?

U krijgt de factuur voor een behandeling thuis gestuurd wanneer de behandeling niet vanuit de basisverzekering vergoed wordt. Als u voor de behandeling aanvullend verzekerd bent, moet u de factuur zelf indienen bij uw zorgverzekeraar. Afhankelijk van uw polisvoorwaarden zal uw zorgverzekeraar de behandeling wel, deels of niet vergoeden. U bent zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de ontvangen factuur aan het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Ik ben tijdens mijn behandeling overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Wie krijgt de factuur?

De zorgverzekeraar waarbij u verzekerd was bij de start van een behandeling, ontvangt de factuur. Krijgt uw behandeling een vervolg terwijl u inmiddels bent overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? Dan ontvangt uw nieuwe zorgverzekeraar de factuur.

Het is landelijk en wettelijk geregeld bij welke zorgverzekeraar het Jeroen Bosch Ziekenhuis de factuur moet indienen. De ingangsdatum van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) is hierbij leidend.

Als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar omdat deze bepaalde zorg wel vergoedt, is het belangrijk om dit vooraf goed af te stemmen op de polikliniek in het ziekenhuis. De medewerker op de polikliniek kan u verder informeren over uw specifieke situatie.

Informeer ook de afdeling Patiëntenregistratie en Identificatie (http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/patientgegevens-wijzigen) over uw overstap naar uw nieuwe zorgverzekeraar.

Het bedrag dat ik moet betalen is hoog in verhouding met de tijd die ik bij de arts op consult ben geweest. Hoe komt dat?

De prijs voor een zorgproduct is gebaseerd op een **gemiddelde** prijs voor alle patiënten met dezelfde zorgvraag. Het kan zijn dat bij u meer of minder onderzoek/behandeling heeft plaatsgevonden dan gemiddeld. Dat betekent dat deze prijs misschien niet in verhouding staat tot de aan u geleverde inspanning en tijd.

Kunt u me vooraf vertellen wat mijn behandeling gaat kosten?

Het is vooraf niet exact aan te geven wat een behandeling gaat kosten, omdat vooraf niet bekend is hoe een behandeltraject eruit gaat zien. Dit verschilt per zorgvraag. Pas achteraf kan dit bepaald worden op basis van de verleende zorg.

Hieronder vindt u een overzicht van de meest voorkomende behandelingen. Deze prijzen zijn een indicatie, zogenoemde passantentarieven. De prijzen kunnen afwijken in verband met eventuele prijsafspraken met uw zorgverzekeraar. De uiteindelijke prijs is afhankelijk van de gekozen behandelmethode.

Omschrijving zorgprestatie	**Declaratiecode (productcode)**	**Totaalprijs 2023**
Besnijdenis	17C912	€1.082,67
Boven-ooglidcorrectie (dubbelzijdig met lokale verdoving)	17E358	€ 1.652,68
Hersteloperatie na sterilisatie man	15E793	€ 3.595,47
Oorcorrectie	17E359	€ 3.093,87
Spiraaltje plaatsen bij gynaecoloog	15B344	€ 471,61
Sterilisatie man	17B343	€ 401,66

Omschrijving zorgprestatie	Declaratiecode (productcode)	Totaalprijs 2023
Sterilisatie vrouw	17B345	€ 2.909,42
Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	37512	€ 179,27
Diagnostiek van de borst(mammografie)	86902	€ 108,37
Diagnostiek van de buik	87070	€ 102,34
Röntgenfoto van de borstkas (thorax)	085002	€ 48,50
Röntgenfoto van de hand	84602	€ 43,95
Röntgenfoto van de rug	83002	€ 85,44
Röntgenfoto van de voet	089002	€ 73,87
Diagnostiek van de borst (echografie)	86970	€ 102,05
Diagnostiek van de borst (3D mammografie)	86941	€ 108,13
Diagnostiek van de borst (echo van de oksel)	84070	€ 101,32
Elektro Cardio Gram (ECG)	39757	€ 52,75
Eenvoudige (fiets)ergometrie	39844	€ 159,58
Uitgebreide (fiets)ergometrie	39845	€ 214,18

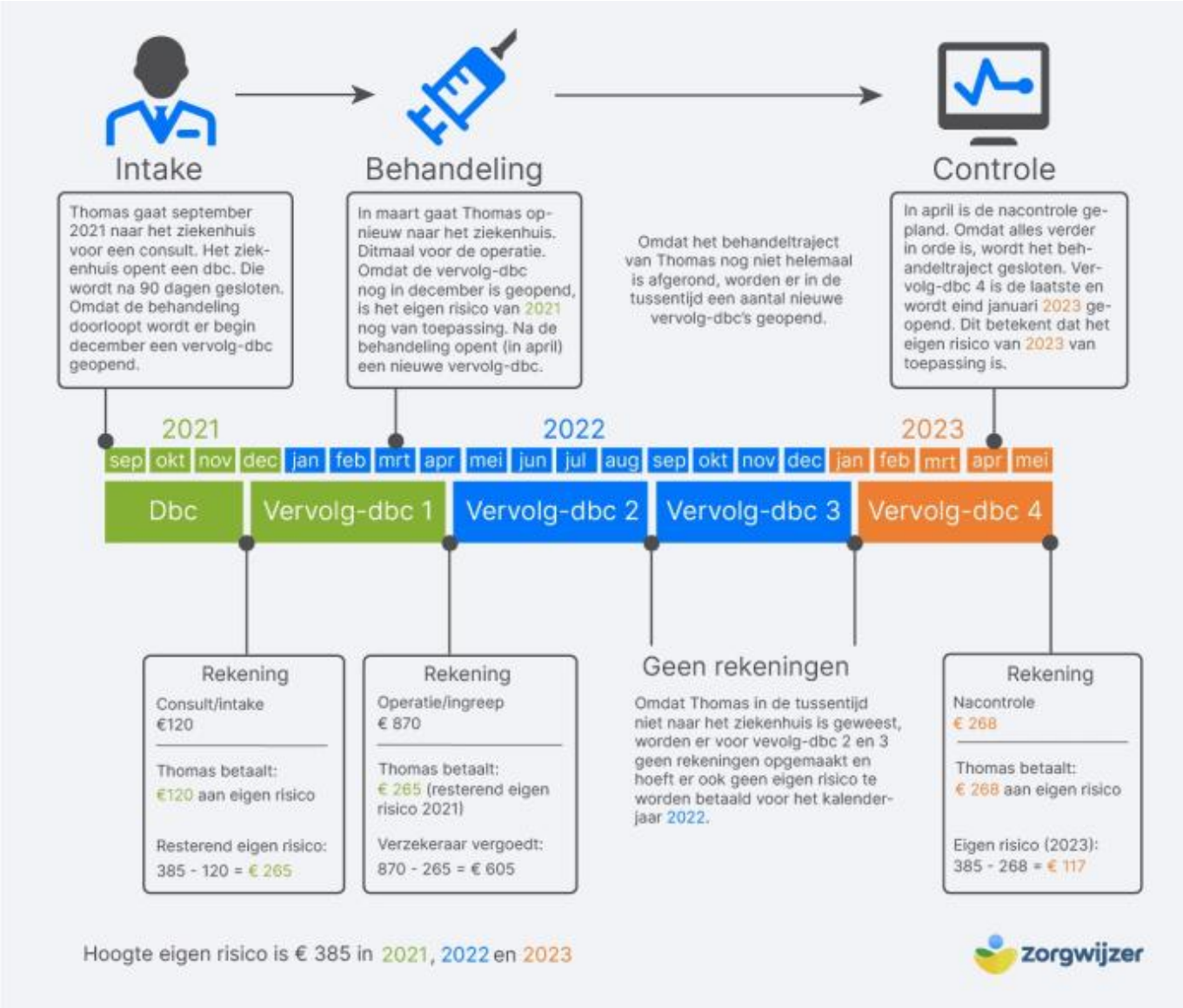
Wat is het eigen risico?

Voor de basisverzekering (https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/basisverzekering) heeft elke volwassene een verplicht eigen risico van €385, zowel in 2022 als in 2023. Dat betekent dat je de eerste €385 die je aan zorgkosten maakt, zelf moet betalen. Pas daarna betaalt je zorgverzekeraar de kosten. Het eigen risico geldt bijvoorbeeld voor verblijf en behandeling in het ziekenhuis, medicatie, ambulancevervoer en bepaalde hulpmiddelen. Voor huisartsenzorg, bevolkingsonderzoeken en bijvoorbeeld de griepprik voor risicogroepen geldt geen eigen risico.

Wat gebeurt er met het eigen risico als een behandeling doorgaat in het volgende jaar?

Bij de start van een zorgtraject opent het ziekenhuis een zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie. Aan deze DBC is een gemiddeld tarief en een maximale doorlooptijd gekoppeld. Landelijk is bepaald hoe lang iedere DBC loopt.

Vaak bestaat een zorgtraject uit meerdere (vervolg-)DBC's. Als uw zorgvraag meerdere jaren duurt, dan zult u jaarlijks uw verplichte eigen risico aan uw verzekeraar moeten betalen. Zie ook de afbeelding 'Looptijd DBC' voor een voorbeeld.



Bekijk de afbeelding op groot scherm (http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/sites/default/files/images/2019-11/looptijd-dbc.jpg).

Mijn zorgverzekeraar verrekent een eigen risico van één of twee jaar geleden. Waarom stuurt het Jeroen Bosch Ziekenhuis de factuur zo laat naar mijn zorgverzekeraar?

Pas nadat de DBC afgesloten is, kan het ziekenhuis de factuur versturen. Deze termijn is landelijk bepaald. Daarnaast kan er vertraging optreden in het traject van de jaarlijkse prijsafspraken die het ziekenhuis met de zorgverzekeraars maakt. En het komt voor dat een zorgverzekeraar de factuur van het ziekenhuis in eerste instantie niet accepteert omdat nog zaken ontbreken.

Ik begrijp de factuur niet. Kunt u de factuur verder toelichten?

Hieronder ziet u een voorbeeldfactuur. Dit is een factuur die standaard (landelijk) gehanteerd wordt binnen de zorg. Ook het Jeroen Bosch Ziekenhuis gebruikt dit sjabloon. De twee meest voorkomende vragen zijn toegelicht.

Bekijk de afbeelding op groot scherm (http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/sites/default/files/images/2019-11/vragen-factuur.jpg).

De datum die op de factuur staat klopt niet. Ik ben toen niet in het ziekenhuis geweest. Hoe kan dat?

Het kan zijn dat deze datum niet overeenkomt met de dag dat u in het ziekenhuis bent geweest. Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) worden automatisch afgesloten en bij vervolgtrajecten weer automatisch geopend. De datum die op de factuur staat is de openingsdatum van de DBC. Het is ook mogelijk dat de factuurdatum, de datum is van een eerste onderzoek en dat u pas later bij de medisch specialist bent geweest.

Ik heb een factuur ontvangen maar ik ben niet in Jeroen Bosch Ziekenhuis geweest of behandeld.

Het kan zijn dat bijvoorbeeld uw huisarts of een andere (eerstelijns) aanvrager lichaamsmateriaal heeft afgenomen (bijvoorbeeld bloed of urine) en dat dit is opgestuurd naar Jeroen Bosch Ziekenhuis voor onderzoek. In dat geval brengt het Jeroen Bosch Ziekenhuis de kosten bij u (of uw zorgverzekeraar) in rekening. Twijfelt u toch over de factuur? Dan kunt u contact met de zorgadministratie opnemen op telefoonnummer (073) 553 8500 (kies optie 1).

De behandeling van mijn vraag over de factuur is voor mij onvoldoende. Ik wil een klacht indienen.

Wij vinden het vervelend dat het niet lukt er samen uit te komen. Wanneer de behandeling van uw vraag of klacht over de factuur niet naar tevredenheid is verlopen, kunt u een klacht indienen. Neem daarvoor contact op met onze klachtenbemiddelaar via klachtenfunctionarissen@jbz.nl.

Wanneer is een nieuwe verwijsbrief van de huisarts noodzakelijk?

U moet voor iedere nieuwe zorgvraag een verwijzing hebben. In de regel kunt u er vanuit gaan dat u als u langer dan **anderhalf jaar** niet meer bij hetzelfde specialisme bent geweest, u een nieuwe verwijsbrief moet halen bij de huisarts. Volgens de zorgverzekeringswet is het verplicht om bij een nieuw regulier zorgtraject de verwijsgegevens in te vullen. Als u geen verwijsbrief heeft, is de kans groot dat u de factuur zelf krijgt en moet betalen. Is er geen verwijzing en is de factuur naar uw zorgverzekeraar gestuurd? Dan zal uw zorgverzekeraar deze de factuur naar u doorsturen en moet u deze zelf betalen.

Code NHZ-041

Copyright 2024 Jeroen Bosch Ziekenhuis