

Kosten voor ziekenhuiszorg in HMC 2022



Komt u binnenkort naar HMC of bent u al patiënt bij ons? In deze folder vindt u informatie over het betalen van uw ziekenhuiszorg.

Informeer vóór de behandeling

Moet u in een ziekenhuis behandeld worden? Kijk dan, voordat u een afspraak maakt, naar uw polisvoorwaarden of de kosten van uw behandeling worden vergoed. HMC heeft met alle zorgverzekeraars een contract afgesloten voor ziekenhuiszorg in 2022. Daarnaast kan het zijn dat uw zorgverzekeraar de kosten van uw behandeling niet of slechts gedeeltelijk vergoedt. Wanneer u er niet helemaal uitkomt, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar. U bent zelf verantwoordelijk om voorafgaand aan de behandeling te controleren of de kosten worden vergoed door uw verzekering.

Financiële gevolgen

Een behandeling in het ziekenhuis kan voor u financiële gevolgen hebben. 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. U betaalt echter altijd een verplicht eigen risico. In 2022 is dit minimaal 385 euro. Heeft u zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit is mede afhankelijk van uw aanvullende verzekering.

Verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico

De meeste zorg die HMC verleent, valt onder de basisverzekering. HMC dient de rekening dan rechtstreeks in bij uw zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt deze zorg. U betaalt altijd wel eerst een eigen risico aan uw zorgverzekeraar. Dit betekent dat u in een kalenderjaar altijd de eerste 385 euro aan kosten die onder de basisverzekering vallen, zelf moet betalen. Het eigen risico is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u dan zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar. Het eigen risico is dan maximaal 885 euro per jaar. Dit is opgesplitst in het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico.

Aanvullende verzekering

Sommige ziekenhuiszorg valt niet (helemaal) onder de basisverzekering. Dit betekent dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. U kunt zich hiervoor aanvullend verzekeren. Of uw behandeling uit de aanvullende verzekering wordt vergoed, hangt af van de verzekeringsvoorwaarden. Lees daarom de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar goed door om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende verzekering. Heeft u geen aanvullende verzekering? Dan moet u de kosten voor ziekenhuiszorg die niet onder de basisverzekering valt, volledig zelf betalen. HMC stuurt dan deze rekening rechtstreeks naar u.

Contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen

Jaarlijks sluiten zorgverzekeraars contracten af met ziekenhuizen. In deze contracten staan de afspraken over vergoeding van de kosten van de ziekenhuiszorg. HMC heeft met alle Nederlandse zorgverzekeraars een contract voor 2022. De kosten van behandelingen die binnen de basisverzekering vallen, worden hiermee (met uitzondering van uw eigen risico) volledig vergoed. Of uw zorgverzekeraar een contract met HMC heeft gesloten, kunt u zien op www.haaglandenmc.nl/ziektekosten.

Budgetpolissen

Sommige zorgverzekeraars vergoeden niet alle kosten van uw behandeling in een ziekenhuis. Dit geldt voor bepaalde polissen met een lage premie, de zogenaamde budgetpolissen. HMC heeft in 2022 met bijna alle zorgverzekeraars contracten voor deze budgetpolissen. Helaas heeft HMC met zorgverzekeraar Aevitae voor 2022 geen contract kunnen sluiten voor de Basisverzekering Natura Select polis.

Spoedeisende hulp en zorg voor kinderen

Spoedeisende hulp en zorg voor kinderen tot 18 jaar wordt door elke Nederlandse zorgverzekering bij elk ziekenhuis volledig vergoed.

Medische noodzaak

Zorg zonder een medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie) is altijd uitgesloten van vergoeding uit de basisverzekering. Deze zorg betaalt u dus zelf. U kunt hiervoor bij het ziekenhuis een prijsopgave vragen.

Verwijsbrief is nodig

Voor specialistische zorg in het ziekenhuis heeft u altijd een verwijzing nodig van een zorgverlener. Heeft u geen geldige verwijsbrief als u in een ziekenhuis komt? Dan kan het zijn dat u de behandeling zelf moet betalen of dat u pas wordt behandeld als u de juiste verwijsbrief heeft. U bent hiervoor zelf verantwoordelijk. In de meeste gevallen krijgt u een verwijsbrief via de huisarts, maar ook andere zorgverleners of specialisten kunnen verwijzer zijn. Het is per zorgverzekeraar en polis verschillend wie als verwijzer wordt geaccepteerd. Een verwijsbrief is een jaar geldig.

Een nieuwe zorgverzekeraar

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan eenmaal per jaar. 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. Als u van zorgverzekeraar verandert, geef dit dan door aan HMC. U kunt dit doen bij de inschrijfbalie in de centrale hal. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat uw nieuwe gegevens bij het ziekenhuis bekend zijn. Het ziekenhuis stuurt de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de behandeling verzekerd was. Die startdatum is dus bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening ontvangt.

Als u niet verzekerd bent

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Als u niet bent verzekerd, moet u voordat u bij het ziekenhuis een onderzoek laat doen of met een behandeling begint, alsnog een basisverzekering afsluiten. Als u niet bent verzekerd, moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. U betaalt voor uw eerste afspraak een instaptarief tot maximaal 175 euro.

Na het eerste consult brengt HMC de behandelingskosten bij u in rekening. Deze rekening kan hoger zijn dan het instaptarief. U betaalt dan eerst een voorschot van de te verwachten kosten. HMC brengt als u niet verzekerd bent de zogenaamde passantenprijs bij u in rekening.

De passantenprijzen voor 2022 vindt u op onze website. Ook als u de behandeling begonnen bent en tijdens de behandeling de verzekering afsluit, moet u de volledige behandeling zelf betalen. Meer hierover leest u in de Algemene Voorwaarden van HMC.

Hoe komen prijzen van ziekenhuisbehandelingen tot stand?

Ziekenhuizen maken gebruik van zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) om de zorg in rekening te brengen. In een DBC is vastgelegd welke diagnose, onderzoek 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 soort behandeling die u ondergaat - poliklinisch, dagbehandeling, opname en/ of operatie - kan de prijs verschillen. Ook is de prijs afhankelijk van of er aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld een CT-scan) plaatsvindt. Naast DBC's kunnen ook verrichtingen door uw huisarts bij het ziekenhuis worden aangevraagd (bijvoorbeeld bloedonderzoek of een röntgenfoto). Het ziekenhuis brengt deze onderzoeken bij uw verzekeraar in rekening.

Wat kost mijn behandeling?

De totale kosten van uw behandeling zijn meestal pas na afloop van die 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. Voor vragen hierover kunt u contact opnemen met HMC. De prijzen van de meeste ziekenhuisbehandelingen zijn tot stand gekomen door onderhandelingen tussen uw zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Uw zorgnota

U kunt uw zorgnota of het declaratieoverzicht van uw zorgverzekeraar digitaal bekijken via uw persoonlijk online account (“Mijn omgeving”) op de website van uw zorgverzekeraar. Op de zorgnota ziet u precies wat uw behandeling kost. Hierop staat: de naam van het ziekenhuis, het specialisme, de consumentenomschrijving van de DBC's, de kosten, de begin- en einddatum van de DBC. Het ziekenhuis stuurt de rekening voor ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar waar u op de startdatum van de behandeling verzekerd was. Die startdatum is dus bepalend voor de zorgverzekeraar die de rekening ontvangt. Het ziekenhuis declareert voor uw behandeling een of meerdere DBC's, afhankelijk van de duur van uw behandeling. De declaratie wordt naar de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar controleert de declaratie van het ziekenhuis en verwerkt deze. Wanneer dit klaar is, ziet u de zorgnota 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.

Meer weten?

Neem contact op met uw zorgverzekeraar als u wilt weten of uw behandeling wordt vergoed of als u vragen heeft over uw polisvoorwaarden. Als u een behandeling moet ondergaan die niet in de basisverzekering zit, kunt u voordat u een afspraak in HMC maakt informatie over de kosten krijgen.

U kunt hierover contact opnemen met de afdeling Debiteurenbeheer van HMC op telefoonnummer 088 979 25 94 (van maandag t/m donderdag van 09.00 tot 12.00 uur). Op de website www.haaglandenmc.nl vindt u uitleg over facturen, prijzen van behandelingen (voor niet-verzekerde patiënten) en de kosten voor ziekenhuiszorg in HMC.

HMC Antoniushove

Burg. Banninglaan 1
2262 BA Leidschendam
Postbus 432
2501 CK Den Haag

HMC Bronovo

Bronovolaan 5
2597 AX Den Haag
Postbus 432
2501 CK Den Haag

HMC Westeinde

Lijnbaan 32
2512 VA Den Haag
Postbus 432
2501 CK Den Haag