

# Kosten patiëntenzorg VUmc: veelgestelde vragen

## Inhoud

Hoofdstuk 1. Zorgverzekering en vergoeding van zorgkosten.....	1
Hoofdstuk 2. Factuur.....	4
Hoofdstuk 3. Betaling en saldo.....	8
Hoofdstuk 4. Bezwaar .....	9
Hoofdstuk 5. Machtiging .....	10

## Hoofdstuk 1. Zorgverzekering en vergoeding van zorgkosten

### Wanneer moet ik zelf (een deel van) de zorgkosten betalen?

Dat hangt af van uw polisvoorwaarden en of uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten met VUmc.

#### Basisverzekering en aanvullende verzekering

Heeft u zorg nodig die niet of niet volledig onder de basisverzekering valt (niet-verzekerde zorg), dan kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, dan kan het zijn dat deze (een deel van) de zorgkosten vergoedt.

#### Eigen risico

Voor de meeste zorg uit de basisverzekering betaalt u (vanaf 18 jaar) een bepaald bedrag aan verplichte eigen risico per kalenderjaar. Naast dit verplichte eigen risico kan het zijn dat u een vrijwillig eigen risico betaalt. Dit heeft u dan zelf afgesproken met uw zorgverzekeraar. Voor sommige zorg uit het basispakket geldt een eigen bijdrage. De eigen bijdrage staat los van het eigen risico.

#### Contract

Als uw verzekeraar geen contract heeft met VUmc, dan betaalt u mogelijk (een deel van) de zorgkosten zelf. Als er wel een contract is, hangt het van uw polis af of u alle kosten vergoed krijgt.

#### Polisvoorwaarden

Lees de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering goed om zeker te weten of uw zorg vergoed wordt en hoe hoog de vergoeding is. Wanneer u twijfelt adviseren wij u om contact op te nemen met uw verzekeraar, zodat u achteraf niet met de kosten wordt geconfronteerd.

Een voorbeeld is hiervan de 'eigen bijdrage'. Bij bepaalde behandelingen is het mogelijk dat u de kosten geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Dit is afhankelijk van uw polisvoorwaarden. Wij gaan ervan uit dat u, voordat u een behandeling in VUmc ondergaat, bij uw zorgverzekeraar informeert naar de vergoeding.

### Valt mijn zorg onder de basisverzekering?

De meeste ziekenhuiszorg valt onder de basisverzekering. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar; het ziekenhuis dient de rekening rechtstreeks in bij uw zorgverzekeraar. Voor de meeste zorg uit de basisverzekering betaalt u wel een bepaald bedrag aan eigen risico per kalenderjaar.

De overheid bepaalt wat er in het basispakket is opgenomen. Zorgverzekeraars kunnen echter wel verschillen in de vergoedingen die zij geven en onder welke voorwaarden. Lees daarom altijd goed de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering om zeker te weten of uw zorg onder de basisverzekering valt en hoe hoog de vergoeding is.

### Wat betaal ik aan eigen risico?

Voor de meeste zorg uit de basisverzekering betaalt u een eigen risico per kalenderjaar. Het eigen risico wordt door de zorgverzekeraar verrekend met de medische kosten die u

maakt en is verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. Hoe hoog uw eigen risico is, hangt af van uw zorgverzekering. Mogelijk heeft u een zorgverzekering afgesloten met een hoger eigen risico (zodat u een lagere premie betaalt). Actuele bedragen vindt u in uw polisvoorwaarden.

Voor sommige zorg uit het basispakket geldt een eigen bijdrage. De eigen bijdrage staat los van het eigen risico.

### **Ik ben in behandeling en word doorverwezen naar een andere zorgverlener. Krijg ik dit vergoed?**

Als de specialist u tijdens de behandeling verwijst naar een andere zorgverlener, wordt deze zorg niet altijd (volledig) vergoed. Neemt u daarom contact op met uw zorgverzekeraar om na te gaan of u recht heeft op vergoeding van deze zorg.

### **Wat is niet-verzekerde zorg?**

Niet-verzekerde zorg is zorg die niet of niet volledig onder de basisverzekering valt. U kunt hierbij denken aan plastische chirurgie, mond- en kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde, sommige dermatologische of oogheelkundige behandelingen, sterilisatie, niet medisch noodzakelijke besnijdenis en zorg zonder medische noodzaak (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie).

### **Aanvullende verzekering**

Voor deze zorg kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, dan kan het zijn dat deze (een deel van) de zorgkosten vergoedt. Lees daarom uw polisvoorwaarden goed door om te weten of u een beroep kunt doen op de aanvullende zorgverzekering.

### **Machtiging**

Voor niet-verzekerde zorg vragen wij voorafgaand aan de behandeling een machtiging aan bij uw zorgverzekeraar. Op basis van de reactie van de zorgverzekeraar besluiten wij samen met u of de behandeling wordt uitgevoerd. Is de zorgverzekeraar niet akkoord en u wilt toch behandeld worden, dan betaalt u zelf de volledige kosten. Wij brengen dan de zogenaamde [passantenprijs](#) in rekening. U betaalt voorafgaand aan de behandeling eerst een voorschot dat later met de eindfactuur wordt verrekend.

### **Ik ben niet verzekerd, kan ik toch behandeld worden?**

Als u ondanks de wettelijke verplichting niet bent verzekerd, is het noodzakelijk alsnog een basisverzekering af te sluiten. Doet u dit niet en u wilt toch behandeld worden in VUmc, dan brengen wij de zogenaamde [passantenprijs](#) in rekening. U betaalt voorafgaand aan de behandeling een voorschot dat later met de eindfactuur wordt verrekend.

### **Is mijn pasgeboren kindje automatisch meeverzekerd?**

Nee, uw kind moet nog aangemeld worden bij een zorgverzekeraar. Kinderen onder de 18 jaar zijn net als volwassenen verzekeringsplichtig. Meldt u uw kind daarom zo snel mogelijk aan, in ieder geval binnen vier maanden na de geboorte.

### Bijschrijven

Schrijft u uw kind bij op uw eigen polis, dan krijgt uw kind dezelfde zorgverzekering. Uw kind is aanvullend verzekerd als u dat ook bent, vaak zonder hiervoor premie te betalen.

### Goedkope verzekering

Heeft u een zeer goedkope zorgverzekering afgesloten, dan kunt u voor de zorg voor uw kind niet altijd bij alle ziekenhuizen terecht. Of dit bij uw zorgverzekering ook zo is, kunt u nalezen in uw polisvoorwaarden.

### **Wordt spoedeisende zorg vergoed?**

Spoedeisende zorg op de afdelingen Spoedeisende hulp en Verloskunde is altijd verzekerde zorg, ook als uw zorgverzekeraar geen contract heeft met VUmc. De kosten worden wel verrekend met uw eigen risico. Is uw situatie niet levensbedreigend ga dan naar de huisarts of (in de avonduren, in het weekend en op feestdagen) de huisartsenpost. De kosten voor dit bezoek vallen onder uw basisverzekering. U betaalt hiervoor geen eigen risico. Als het nodig is wordt u doorverwezen naar het ziekenhuis.

### **Kan ik rechtstreeks naar het ziekenhuis of moet ik eerst naar de huisarts?**

Een behandeling in het ziekenhuis wordt alleen vergoed na verwijzing. U krijgt een verwijsbrief via de huisarts, of een andere zorgverlener of medisch specialist heeft u verwezen. Wilt u zonder geldige verwijsbrief toch behandeld worden, dan kunt u een [prijindicatie opvragen](#). U betaalt eerst de totale verwachte kosten, voordat het onderzoek/de behandeling wordt gestart. Afhankelijk van de uiteindelijk benodigde zorg, kan dit bedrag hoger of lager uitvallen.

U ontvangt zelf de factuur voor de gemaakte zorgkosten.

## Hoofdstuk 2. Factuur

### Waarom krijg ik nu pas de factuur?

Het kan voorkomen dat u verlaat een factuur krijgt omdat de prijsonderhandelingen met de zorgverzekeraars nog niet zijn afgerond. Het ziekenhuis moet zich houden aan landelijk vastgestelde momenten om zorgtrajecten te sluiten. Daarna mag pas gefactureerd worden. Het ziekenhuis moet dus (verplicht) wachten tot deze periode is verstreken, voordat zij een factuur mag sturen aan zorgverzekeraar of patiënt. Deze door de overheid bepaalde momenten kunt u vinden op de website van de [Nederlandse zorgautoriteit](#).

### Mijn behandeling is nu een aantal weken / maanden geleden, maar ik heb nog steeds geen factuur ontvangen, hoe kan dat?

Het ziekenhuis moet zich houden aan landelijk vastgestelde momenten om zorgtrajecten te sluiten. Daarna mag pas gefactureerd worden. Het ziekenhuis moet dus (verplicht) wachten tot deze periode is verstreken, voordat zij een factuur mag sturen aan zorgverzekeraar of patiënt. Deze door de overheid bepaalde momenten kunt u vinden op de website van de [Nederlandse zorgautoriteit](#). Daarnaast kan het zo zijn dat de prijsafspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar nog niet zijn afgerond waardoor het enige tijd kan duren voordat u de factuur ontvangt.

### Waarom krijg ik de factuur thuis?

In onderstaande gevallen krijgt u de factuur thuisgestuurd:

- Als u niet verzekerd bent en u de behandeling zelf moet betalen.
- Als u een eigen bijdrage moet betalen voor de behandeling.
- Als u poliklinisch bevallen bent onder begeleiding van uw eigen verloskundige
- Als uw zorgverzekeraar voor uw behandeling geen contract afgesloten heeft met VUmc.
- Als uw verzekeringsgegevens niet bekend of onjuist zijn bij VUmc.
- Als de behandeling niet onder de verzekerde zorg valt.
- Als er geen verwijzing/verwijsbrief aanwezig is.

### Wat is een DBC-zorgproduct?

DBC-zorgproduct staat voor diagnose behandel combinatie. Een DBC-zorgproduct is een pakketje zorg met informatie over de diagnose en de behandeling die een patiënt krijgt. Op het moment dat een patiënt zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag, opent de zorgaanbieder een zorgtraject. In dit traject legt de zorgaanbieder gaandeweg vast welke activiteiten zijn uitgevoerd om een diagnose vast te stellen en/of een aandoening te behandelen. Vanaf 2015 duurt een zorgtraject maximaal 120 dagen. Als de behandeling eerder ten einde komt, wordt het traject eerder afgesloten. Duurt de behandeling langer, dan wordt een nieuw (vervolg-)traject geopend. [Lees de uitgebreidere toelichting en bekijk de animatie..](#)

### Klopt de DBC-zorgproductcode met mijn behandeling?

U kunt de DBC-zorgproductcode invoeren op de website van de [Nederlandse Zorgautoriteit](#). U krijgt dan de omschrijving van uw behandeling.

### Klopt het bedrag op de factuur met het betreffende DBC-zorgproduct?

Als uw zorgverzekeraar een overeenkomst heeft met VUmc, gelden speciale tarieven die zijn afgesproken tussen uw zorgverzekeraar en VUmc. U krijgt de behandeling meestal voor 100% vergoed. U dient nog wel rekening te houden met het (verhoogd) eigen risico en/of een eventuele eigen bijdrage. Desondanks is het mogelijk dat uw zorgverzekeraar een specifieke behandeling niet volledig vergoedt. Informeer daarom altijd eerst bij uw zorgverzekeraar over de mogelijkheden en de vergoeding van uw behandeling.

Als uw zorgverzekeraar geen afspraak heeft met VUmc dan geldt de passanten prijslijst. Deze prijslijst vindt u in de passantenprijslijst DBC-zorgproducten op de website van VUmc.

### **Kan ik de factuur van VUmc indienen bij mijn zorgverzekeraar?**

U kunt uw factuur altijd indienen bij uw zorgverzekeraar indien u verwacht in aanmerking te komen voor een vergoeding. De vergoeding die u krijgt is afhankelijk van uw polisvoorwaarden en of uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten met VUmc. Voor meer informatie over vergoedingen neemt u contact op met uw zorgverzekeraar.

### **Ik heb de factuur ontvangen maar ik ben verzekerd (Basisverzekering).**

Controleer of u op de begindatum van het DBC-zorgproduct verzekerd was (staat op uw factuur). Als dit zo is dan kunt u de factuur samen met een kopie van uw verzekeringsbewijs terugsturen naar de afdeling facturatie van VUmc. Wij zorgen dat uw factuur alsnog bij uw zorgverzekeraar ingediend wordt.

Let op:

Bent u bevallen in het ziekenhuis onder begeleiding van uw eigen verloskundige, dan moet u voor deze zorg een eigen bijdrage betalen aan het ziekenhuis. De factuur hiervan krijgt u thuis. U dient zelf zorg te dragen voor het betalen van deze factuur. Als u hiervoor verzekerd bent, kunt u het bedrag bij uw zorgverzekeraar terugvorderen. Neem hiervoor contact op met uw zorgverzekeraar.

### **Ik heb de factuur ontvangen maar ik ben verzekerd (Aanvullende verzekering).**

Bij een factuur die niet uit de basisverzekering vergoed wordt, ontvangt u de factuur zelf. Mogelijk bent u aanvullend verzekerd. Dan kunt u deze factuur zelf indienen bij uw zorgverzekeraar en afhankelijk van uw aanvullende zorgverzekering dit (deels) vergoed krijgen. U blijft zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling aan VUmc.

### **Ik heb een factuur ontvangen maar ik ben niet in VUmc geweest of behandeld.**

Dit is mogelijk. Het kan zo zijn dat bijvoorbeeld uw huisarts of een andere (eerste lijns) aanvrager materiaal heeft afgenomen (bijvoorbeeld bloed of urine) en dat dit is opgestuurd naar VUmc voor onderzoek. In dat geval brengt VUmc de kosten bij u (of uw zorgverzekeraar) in rekening. Indien u twijfelt over een factuur dan kunt u contact opnemen met de [afdeling facturatie van VUmc](#). U blijft zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling aan VUmc.

### **Ik ben overstapt naar een andere zorgverzekeraar omdat die mijn behandeling wel vergoedt. Toch krijg ik een vergoedingsoverzicht van mijn vorige zorgverzekeraar. Hoe kan dit?**

Het DBC-zorgproduct wordt gefactureerd aan de zorgverzekeraar waar u bij aanvang van de behandeling verzekerd was. Dit is een landelijke regel. Als u tijdens uw behandelperiode overstapt naar een andere zorgverzekeraar, wordt de gehele behandeling vallende binnen

het DBC-zorgproduct, met startdatum bij uw oude zorgverzekeraar, in rekening gebracht bij uw oude zorgverzekeraar. Het kan zijn dat u dan nog een rekening van uw oude zorgverzekeraar ontvangt voor het eigen risico/bijdrage. Kijk voordat u een afspraak maakt met een medisch specialist altijd eerst uw polisvoorwaarden na of neem contact op met uw zorgverzekeraar.

**Ik heb een factuur ontvangen op mijn adres maar de persoon woont hier niet, wat nu?**

U kunt de factuur retour zenden naar VUmc met vermelding van de reden.

**Waar kan ik een kopie van de factuur opvragen?**

Van facturen die rechtstreeks verzonden zijn aan uw zorgverzekeraar kunt u geen kopie aanvragen bij VUmc. Voor inzage in deze facturen neemt u contact op met uw zorgverzekeraar. Veelal bieden zij inzage door middel van een inlog op de website van uw zorgverzekeraar.

Indien u een kopie wilt ontvangen van een factuur kunt u hiervoor een aanvraag doen via het formulier.

**Ik heb dit jaar een factuur ontvangen over een DBC-zorgproduct dat vorig jaar gestart is.**

Als u in het lopende jaar een factuur ontvangt van een DBC-zorgproduct dat het voorgaande jaar gestart is, dan heeft deze factuur betrekking op het eigen risico van het voorgaande jaar.

De zorgverzekeraar gaat bij het bepalen van het eigen risico uit van de startdatum van het DBC-zorgproduct.

**Ik heb een factuur ontvangen van een DBC-zorgproduct dat vorig jaar is gestart en geëindigd is in het nieuwe jaar. Tussentijds ben ik van verzekering veranderd, kan de factuur gesplitst worden?**

Dit is niet mogelijk. Als er sprake is van een overlap in een nieuw jaar dan dient de zorgverlener de factuur te sturen naar de zorgverzekeraar waar u bij aanvang van de behandeling verzekerd was. Deze zorgverzekeraar dient de hele factuur te betalen aan de zorgverlener. Als u niet verzekerd was op de startdatum van de behandeling moet u de factuur zelf betalen.

**Ik ben maar heel kort behandeld en ontvang nu een (hele) hoge factuur.**

Als u in VUmc bent geweest en u bent gezien door een arts of verpleegkundige dan is het type behandeling (DBC-zorgproduct) bepalend voor de hoogte van de factuur. Een DBC-zorgproduct is gebaseerd op een gemiddelde van de geleverde zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling gemaakt worden. In sommige gevallen is de rekening lager dan de werkelijke gemaakte kosten en in andere gevallen hoger. De hoogte van de factuur wordt niet beïnvloed door de tijd die nodig is om de behandeling uit te voeren. Het kan voorkomen dat u slechts 5 minuten bent behandeld en hier toch een hoge factuur voor ontvangt. Het is dan ook zeer aan te bevelen om met kleine of lichte aandoeningen of verwondingen eerst langs een huisarts of huisartsenpost te gaan. Deze kosten zijn beduidend lager dan de kosten die het ziekenhuis bij u in rekening moet brengen.

**De datum zoals vermeld op de factuur klopt niet.**

De startdatum van het DBC-zorgproduct is de datum waarop de eerste zorgactiviteit heeft plaatsgevonden. Die kan hebben plaatsgevonden voorafgaand aan het eerste consult in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld een laboratoriumonderzoek van uw bloed dat eerder werd afgenomen.

De startdatum van een vervolg DBC-zorgproduct is daarentegen niet de datum waarop de eerste vervolgzorgactiviteit heeft plaatsgevonden. De startdatum van een vervolg DBC-zorgproduct is de datum die aansluit het voorafgaande DBC-zorgproduct. Het eerste DBC-zorgproduct en vervolg DBC-zorgproduct sluiten wat betreft datum altijd op elkaar aan. Een DBC-zorgproduct kan maximaal 120 dagen open blijven staan. Pas als het DBC-zorgproduct conform de sluitregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) afgesloten is, verstuurt het ziekenhuis de rekening naar de zorgverzekeraar of direct naar de patiënt.

Voor meer informatie over DBC-zorgproducten kunt u op de website van VUmc het kopje r [‘Betalen van ziekenhuiszorg’](#) raadplegen.



## Hoofdstuk 3. Betaling en saldo

### **Ik heb vragen met betrekking tot betaling van de factuur.**

De factuur dient betaald te worden onder vermelding van het factuurnummer op het op de factuur vermelde bankrekeningnummer. Voor vragen over uw betaling kunt u contact opnemen met [cash.management@vumc.nl](mailto:cash.management@vumc.nl).

### **Ik heb een aanmaning ontvangen.**

Bij een ontvangen aanmaning kunt u contact opnemen met [cash.management@vumc.nl](mailto:cash.management@vumc.nl).

## Hoofdstuk 4. Bezwaar

**Ik wil bezwaar maken tegen de factuur want ik ben niet tevreden over een behandeling.**

De factuur ontvangt u omdat de zorg aan u is geleverd. Indien u een toelichting en uitleg wenst over de factuur, kunt u contact opnemen met de [afdeling Facturatie](#).

## Hoofdstuk 5. Machtiging

### **Een machtiging, wat is dat en waarvoor dient dit?**

Een machtiging is een aanvraag die een arts doet bij uw zorgverzekeraar om een bepaalde zorgactiviteit uit te mogen voeren. Het gaat daarbij om de vraag of de zorgverzekeraar de behandeling vergoedt. De zorgverzekeraar beoordeelt daarbij of er volgens de polisvoorwaarden aanspraak op vergoeding bestaat en of de behandeling medisch noodzakelijk is. Zodra er goedkeuring gegeven wordt door uw zorgverzekeraar, wordt u verder behandeld en heeft u de garantie dat de zorgactiviteit (afhankelijk van uw, aanvullende, verzekering) geheel of gedeeltelijk vergoed wordt. Indien uw zorgverzekeraar de machtiging niet goedkeurt, maar u de behandeling toch wenst, dan betaalt u de totale kosten van de behandeling zelf.

### **De machtiging was goedgekeurd maar ik heb toch een factuur ontvangen.**

Uw zorgverzekeraar heeft een kopie ontvangen met de goedkeuring. Controleer hierbij goed of de vergoeding uit de basisverzekering of uit de aanvullende verzekering gedaan wordt. Als dit uit de aanvullende verzekering vergoed wordt, ontvangt u namelijk zelf de factuur. Deze moet u zelf bij uw verzekeraar indienen. Het kan ook zo zijn dat VUmc rechtstreeks de factuur bij uw zorgverzekering indient maar dat het factuurbedrag hoger is dan de maximale vergoeding die de zorgverzekeraar geeft. In dat geval moet u het verschil zelf betalen. U ontvangt voor het restantbedrag een factuur van VUmc.