

Meest gestelde vragen over het B-segment

Wat verandert er?

Wat betekent dit voor mij als ziekenfondsverzekerde?

Wat betekent dit voor mij als particulier verzekerde?

Kan ik bij mijn huisarts blijven?

Kan ik bij mijn specialist blijven?

Moet ik bijbetalen voor ziekenhuiszorg?

Hoe kom ik er zelf achter hoeveel een behandeling kost?

Tot hoe ver weg kan/mag de verzekeraar mij sturen?

Als ik naar een ander ziekenhuis moet, hoe weet ik dan dat de kwaliteit net zo goed is?

Mag ik zelf bepalen welke zorgverzekeraar ik kies en naar welk ziekenhuis ik ga?

Hoe kan ik zorgverzekeraars met elkaar vergelijken?

Hoe kan ik zien met welke ziekenhuizen mijn zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt?

Hoe weet ik wat voor kwaliteit een ziekenhuis biedt?

Krijgt de zorgverzekeraar informatie die ik als patiënt niet krijg?

Waar kan ik meer informatie krijgen?

Wat betekent dit voor mij als ziekenfondsverzekerde?

Behandelingen in de ziekenhuizen waarmee uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt, worden in principe mogelijk onder aftrek van eigen risico volledig vergoed. Voor behandelingen in ziekenhuizen waarmee uw verzekeraar geen contract heeft afgesloten, stelt de verzekeraar zelf een vergoeding vast in de polisvoorwaarden. Informeer daarom eerst bij uw verzekeraar met welke ziekenhuizen hij afspraken heeft gemaakt, zodat u zeker weet dat uw behandeling volledig vergoed wordt. Wilt u toch naar een ziekenhuis waar uw zorgverzekeraar geen afspraak mee heeft, is het raadzaam dat u informatie inwint over het vergoedingsniveau van uw zorgverzekeraar, zodat u zeker weet welke voorwaarden gelden voor uw behandeling.

Wat betekent dit voor mij als particulier verzekerde?

Behandelingen in de ziekenhuizen waarmee uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt, worden in principe mogelijk onder aftrek van eigen risico volledig vergoed. Voor behandelingen in ziekenhuizen waarmee uw verzekeraar geen contract heeft afgesloten, stelt de verzekeraar zelf een vergoeding vast in de polisvoorwaarden. Informeer daarom eerst bij uw verzekeraar met welke ziekenhuizen hij afspraken heeft gemaakt, zodat u zeker weet dat uw behandeling volledig vergoed wordt. Wilt u toch naar een ziekenhuis waar uw zorgverzekeraar geen afspraak mee heeft, is het raadzaam dat u informatie inwint over het vergoedingsniveau van uw zorgverzekeraar, zodat u zeker weet welke voorwaarden gelden voor uw behandeling.

Vanaf 1 januari 2005 worden alle onderdelen en verrichtingen van uw behandelingen niet meer apart op de rekening vermeld. In plaats daarvan ziet u één code: de Diagnose Behandeling Combinatie code of DBC-code. Dit is de code van uw gehele behandeling: van uw eerste ziekenhuisbezoek tot uw laatste controle.

Kan ik bij mijn huisarts blijven?

Ja, de wijziging heeft alleen betrekking op ziekenhuiszorg.

Kan ik bij mijn specialist blijven?

Zorgverzekeraars kopen altijd voldoende zorg in om aan de aanspraken van hun verzekerden tegemoet te kunnen komen. Dat betekent dus dat de verzekerde/patiënt te allen tijde de zorg - in voldoende mate en op tijd - kan krijgen waar hij volgens zijn verzekeringsaanspraken recht op heeft.

Het zou, voor een beperkt aantal behandelingen wel zo kunnen zijn dat uw verzekeraar geen afspraken heeft gemaakt met het ziekenhuis waar uw specialist werkt. Wilt u toch naar deze

specialist, is het raadzaam dat u informatie inwint over het vergoedingsniveau van uw zorgverzekeraar, zodat u zeker weet welke voorwaarden gelden voor uw behandeling.

Moet ik bijbetalen voor ziekenhuiszorg?

Behandelingen in de ziekenhuizen waarmee uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt, worden in principe mogelijk onder aftrek van eigen risico volledig vergoed. Voor behandelingen in ziekenhuizen waarmee uw verzekeraar geen contract heeft afgesloten, stelt de verzekeraar zelf een vergoeding vast in de polisvoorwaarden. Informeer daarom eerst bij uw verzekeraar met welke ziekenhuizen hij afspraken heeft gemaakt, zodat u zeker weet dat uw behandeling volledig vergoed wordt. Wilt u toch naar een ziekenhuis waar uw zorgverzekeraar geen afspraak mee heeft, is het raadzaam dat u informatie inwint over het vergoedingsniveau van uw zorgverzekeraar, zodat u zeker weet welke voorwaarden gelden voor uw behandeling.

Hoe kom ik er zelf achter hoeveel een behandeling kost?

Voor het grootste gedeelte van de ziekenhuisbehandelingen gelden vaste tarieven die door de overheid zijn vastgesteld. Deze tarieven kunt u vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (het voormalige College Tarieven Gezondheidszorg) : www.ctg-zaio.nl.

Voor een beperkt aantal niet spoedeisende ziekenhuisbehandelingen, zoals knieoperaties en liesbreukbehandelingen stellen ziekenhuizen vanaf 1 januari 2005 zelf prijzen vast.. Het ziekenhuis publiceert deze standaard prijslijsten. Nij Smellinghe heeft deze prijslijsten op haar website geplaatst.

Indien uw zorgverzekeraars een overeenkomst heeft met het ziekenhuis, gelden de speciale tarieven die zijn afgesproken tussen uw zorgverzekeraar en dat ziekenhuis en krijgt u de behandeling vergoed.

Wilt u naar een ziekenhuis waarmee uw zorgverzekeraar geen afspraak heeft, dan geldt de standaardprijs van het ziekenhuis. Het is mogelijk dat uw verzekeraar deze behandeling niet volledig vergoed. Informeer daarom altijd eerst bij uw zorgverzekeraar voor de mogelijkheden en de vergoeding van uw behandeling.

Tot hoe ver weg kan/mag de verzekeraar mij sturen?

In de eerste plaats kiest u zelf voor een plek waar u behandeld wilt worden. En u kiest zelf uw zorgverzekeraar. In het geval dat uw zorgverzekeraar geen afspraken zou hebben met de zorginstelling van uw keuze, dan kunt u over de beste oplossing met uw zorgverzekeraar overleggen. Indien u er niet uitkomt is overgaan naar een andere zorgverzekeraar, die wel een contract heeft met het ziekenhuis, een optie. Aangezien er wettelijk weinig geregeld is op dit punt, is het in theorie mogelijk dat u naar een wat verder gelegen instelling zou moeten. Meestal bepaalt de aard van de aandoening of u in de buurt wordt geholpen of verder weg moet. Dit laatste kan bijvoorbeeld voorkomen als u zeer gespecialiseerde zorg nodig hebt.

Als ik naar een ander ziekenhuis moet, hoe weet ik dan dat de kwaliteit net zo goed is?

De kwaliteit in de Nederlandse ziekenhuizen wordt streng gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Alle ziekenhuizen leveren in principe goede zorg. Ziekenhuizen meten de kwaliteit via kwaliteitssystemen en indicatoren. Zorgverzekeraars maken hiervan gebruik om goede zorg in te kopen.

Mag ik zelf bepalen welke zorgverzekeraar ik kies en naar welk ziekenhuis ik ga?

U bepaalt zelf bij welke zorgverzekeraar u zich wilt verzekeren. U kunt elk jaar in januari overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Voor 2005 geldt een langere periode: medio februari 2005. Ook mag u zelf kiezen naar welk ziekenhuis u gaat.

Behandelingen in de ziekenhuizen waarmee uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt, worden in principe mogelijk onder aftrek van eigen risico volledig vergoed. Voor behandelingen in ziekenhuizen waarmee uw verzekeraar geen contract heeft afgesloten, stelt de verzekeraar zelf een vergoeding vast in de polisvoorwaarden. Informeer daarom

eerst bij uw verzekeraar met welke ziekenhuizen hij afspraken heeft gemaakt, zodat u zeker weet dat uw behandeling volledig vergoed wordt. Wilt u toch naar een ziekenhuis waar uw zorgverzekeraar geen afspraak mee heeft, informeer dan bij uw zorgverzekeraar naar de mogelijkheden en de vergoeding van uw behandeling.

Hoe kan ik zorgverzekeraars met elkaar vergelijken?

U kunt nu al op het Internet vergelijkingen vinden tussen de premies en pakketten van ziektekostenverzekeraars. In januari 2005 verschijnt 'De keuzegids zorgverzekeraars' op het internet (www.kiesbeter.nl). Daar kunt u zorgverzekeraars met elkaar vergelijken zodat u kunt kiezen welke verzekeraar het beste bij uw wensen past.

Hoe kan ik zien met welke ziekenhuizen mijn zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt?

Uw zorgverzekeraar zal deze informatie waarschijnlijk op de website plaatsen. Mocht u toch nog vragen hebben, dan kunt u deze informatie bij uw zorgverzekeraar opvragen. Daarnaast wordt deze informatie onderdeel van de 'Keuzegids Zorgverzekeraars', die in januari 2005 op het Internet verschijnt. (www.kiesbeter.nl)

Hoe weet ik wat voor kwaliteit een ziekenhuis biedt?

In de Databank Kwaliteit van de website van de NVZ vereniging van ziekenhuizen is informatie te vinden over de kwaliteit van zorg, de patiëntveiligheid en de patiëntvriendelijkheid in ziekenhuizen. (www.nvz-ziekenhuizen.nl -> databank Kwaliteit)

Krijgt de zorgverzekeraar informatie die ik als patiënt niet krijg?

Zorgverzekeraars krijgen niet meer informatie dan u als patiënt/ verzekerde. Dit betekent dat alle gegevens over uw behandeling net als nu vertrouwelijk blijven. Met het College Bescherming Persoonsgegevens is vastgesteld welke gegevens zorgverzekeraars ontvangen. Dit houdt in dat zij niet meer informatie mogen ontvangen dan noodzakelijk is om de taak als zorgverzekeraar uit te voeren.

Waar kan ik meer informatie krijgen?

Algemene informatie

Voor algemene informatie over deze en andere veranderingen in de zorg kunt u terecht bij Postbus 51 (www.postbus51.nl).

Vergoeding

Als u wilt weten met welke ziekenhuizen uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt voor behandelingen waarvoor geen wettelijke tarieven gelden, kunt u terecht bij uw eigen zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zullen deze informatie zoveel mogelijk op hun website plaatsen. Desgevraagd kan uw ziekenhuis u ook vertellen of er voor uw behandeling een contract is met uw zorgverzekeraar.