



Informatie

# kosten

# zorg

verzekering





# Introductie

Als u een medisch onderzoek of een behandeling wilt laten uitvoeren bij een kliniek of ziekenhuis dan is het belangrijk dat u zich vooraf verdiept in de **kosten** en de zorgverzekering. De gedachte die bij veel mensen leeft is dat een door de **zorgverzekeraar** vergoed consult of behandeling gratis is. Dat is zeker niet altijd waar. De verzekerde zorg zit ingewikkeld in elkaar en daarom hebben wij de **belangrijkste zaken** voor u bij elkaar gezet in deze brochure.

## WAT IS VERZEKERDE ZORG?

Wanneer u met een aandoening zoals spataderen (flebologie), huidziekten (dermatologie) of anale klachten (proctologie) bij uw huisarts komt en deze vindt het nodig dat u door een specialist onderzocht wordt dan spreken we van verzekerde zorg. De kosten van het consult bij onze specialist zullen dan door uw zorgverzekering aan onze kliniek vergoed worden. U moet er echter wel rekening mee houden dat uw zorgverzekering deze kosten met u kan verrekenen vanwege het eigen risico.

## EIGEN RISICO

Iedere Nederlander heeft een basisverzekering afgesloten bij een zorgverzekeraar met een verplicht eigen risico van € 385,- (gebaseerd op 2019). Daarnaast heeft u ook de mogelijkheid gekregen om dit bedrag te verhogen middels het vrijwillig eigen risico.

Bij Polikliniek de Blaak bieden wij gespecialiseerde zorg op het gebied van spataderen (flebologie), huidziekten (dermatologie) en anale klachten (proctologie) en voor de kosten van consult of behandeling van al deze aandoeningen geldt het eigen risico. Dit geldt overigens ook als u naar een ander ziekenhuis of een andere kliniek gaat. Als u in het kalenderjaar nog geen andere medische kosten heeft gemaakt zal uw zorgverzekeraar de gemaakte kosten van het consult of de behandeling bij onze kliniek dus met u verrekenen tot een hoogte van € 385,- als u een basisverzekering heeft.

## VERGOEDING BIJ SPATADEREN, DERMATOLOGIE OF PROCTOLOGIE

Met een verwijsbrief van uw huisarts wordt het consult altijd vergoed door de zorgverzekeraar en vallen deze kosten onder het eigen risico. Op basis van de diagnose kan de arts u vertellen of de behandeling ook onder verzekerde zorg valt of dat u de behandeling zelf zult moeten betalen. De gezamenlijke zorgverzekeraars hebben vastgelegd welke medische kenmerken wel en niet voor verzekerde zorg in aanmerking komen. Als u zonder verwijsbrief op het consult komt dan moet u de kosten voor het consult zelf betalen. De tarieven voor een consult bij deze artsen kunt u terugvinden op onze website onder passantentarieven.

## REKENVOORBEELD CONSULT SPATADEREN

Stel u bent verzekerd bij verzekeraar X met een basisverzekering, dus met € 385,- eigen risico. De huisarts heeft u doorgestuurd voor een consult met duplexonderzoek voor uw spataderen en u heeft nog geen medische kosten gemaakt in dit kalenderjaar. Uw zorgverzekeraar X heeft bijvoorbeeld een vast tarief van € 296,- voor een DBC (zie uitleg op de volgende pagina) spataderen vastgesteld. Uw verzekeraar zal u dan de gemaakte kosten van € 296,- in rekening brengen en uw eigen risico voor dat jaar wordt verlaagd naar (€ 385,- minus € 296,- =) € 89,-. Het bedrag van € 296,- bent u dus ook kwijt als er geen behandeling volgt na het consult.

## DBC- ZORGPRODUCTEN

Alle verzekerde zorg is vastgelegd in diagnosebehandelcombinatie (DBC). Dit zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgestelde pakketten aan gebruikelijke zorg voor een bepaalde aandoening. Door de diagnose en behandeling samen te voegen tot een DBC pakket hoeven zorgverlener en zorgverzekeraar niet meer over iedere injectie te onderhandelen.

## PRIJSOPBOUW VAN EEN DBC- ZORGPRODUCT

Een DBC-zorgproduct (DBC) is een combinatie van diagnosestelling, behandeling en honorarium van de medisch specialist. De zorgverzekeraar en de zorgverlener onderhandelen jaarlijks over het tarief van de DBC. Er zit daardoor soms een verschil in de kosten per zorgverzekering en per zorgverlener. Wanneer u bent doorverwezen naar een medisch specialist zal deze na de diagnose een DBC openen. Het tarief van dit DBC is afhankelijk van de volgende factoren:

- De kosten zijn gebaseerd op een gemiddeld diagnose- of behandelingstraject. Het maakt dus niet uit hoe lang het consult heeft geduurd bijvoorbeeld.
- Welk soort behandeling noodzakelijk is. Dat kan variëren van het voorschrijven van medicatie tot een operatie.
- Het aantal bezoeken bij de specialist dat nodig is.

Als u klaar bent met het consult en eventueel de behandeling zal de specialist de DBC sluiten.

## FACTURERING VAN EEN DBC

Meteen na het sluiten van uw DBC zal de zorgverlener de factuur opsturen naar uw verzekeraar. Dit is vaak 90 tot 120 dagen na het openen van uw DBC. Een DBC kan in sommige gevallen eerder worden afgesloten, bijvoorbeeld 42 dagen na een operatieve ingreep. De declaratie zal dan ook eerder worden ingediend. Uw zorgverzekeraar zal vervolgens vaststellen of er sprake is van een eigen risico. Als er sprake is van een eigen risico kunt u daarvoor een factuur verwachten.

Mocht een eindcontrole of vervolgspraak bij de specialist na het sluiten van de DBC plaatsvinden dan zal er een nieuwe DBC geopend worden. Een DBC kan maximaal 120 dagen open staan, daarna wordt deze automatisch afgesloten. Bij de volgende afspraak bij de zorgverlener zal er dan weer een nieuwe DBC geopend worden. De zorgverzekeraar kan deze kosten voor een nieuwe DBC opnieuw inhouden op uw eigen risico. Elk jaar gaat op 1 januari een nieuw eigen risico in.

## VEEL GESTELDE VRAGEN

### Waarom kan ik vooraf geen exacte prijsopgave krijgen voor mijn DBC?

Pas nadat een DBC is afgesloten kan het tarief bepaald worden. Een DBC loopt vaak 90 tot 120 dagen. Het tarief hangt af van de zorgactiviteiten die worden geregistreerd in de DBC. Daarbij zijn ook de diagnose en de prijsafspraken met de zorgverzekeraar bepalend voor het tarief. (zie ook de uitleg over DBC elders in deze folder).

De declaratiesystematiek zit erg ingewikkeld in elkaar. Helaas kunnen wij op voorhand geen uitspraken doen over de kosten.

### Waarom heb ik een factuur ontvangen van uw kliniek?

Als uw consult of behandeling binnen de verzekerde zorg valt kunt u alsnog een factuur van onze kliniek thuis krijgen als de volgende zaken niet in orde zijn:

- U heeft geen verwijfsbrief afgegeven of een verwijfsbrief met een afgifte datum van na het consult.
- De startdatum van uw zorgverzekering ligt na de startdatum van uw DBC.
- De diagnose wel verzekerd is, maar de behandeling niet. De behandeling brengen wij dan bij u in rekening. De arts zal u daar altijd vooraf over informeren.

### Waarom ontvang ik een factuur van mijn zorgverzekeraar en ook een factuur van uw kliniek voor één bezoek?

Als het consult onder verzekerde zorg valt en de behandeling niet dan kan het gebeuren dat u een factuur ontvangt voor uw eigen risico van uw zorgverzekeraar en een factuur voor de behandeling van onze kliniek.

Voorbeeld: Het weg laten spuiten van spataderen betaalt u direct bij de kliniek. Het consult wordt later door de zorgverzekering vanwege het eigen risico bij u in rekening gebracht.

### Waarom krijg ik zo'n hoge rekening voor een kort bezoekje aan de arts?

De prijs voor een DBC is gebaseerd op een gemiddeld zorgtraject en daar is een vaste prijs voor afgesproken. Dit is wettelijk zo vastgelegd. Het maakt niet uit of je gebruik maakt van een klein deel van het zorgtraject of juist het gehele zorgtraject. Iedereen betaalt hetzelfde tarief. De tijd die u bij de specialist binnen bent geweest heeft geen invloed op het vaste tarief voor de DBC. In deze brochure vindt u meer uitleg over de DBC.

### Waarom ontvang ik nu pas een factuur?

Een DBC kan van 42 tot 120 dagen duren. Pas na het afsluiten ontvangt u een factuur. Het kan dus zijn dat u na 120 dagen van de startdatum een factuur ontvangt.





### **Waarom komt de startdatum op de factuur niet overeen met de datum van mijn behandeling?**

Tijdens de eerste afspraak bij onze specialist is een DBC zorgtraject gestart dat eindigt op de dag dat de DBC gesloten is. De data voor behandelingen worden daarbij niet altijd door de zorgverzekeraars apart vermeld.

### **Kan ik een prijslijst voor DBC producten van uw kliniek inzien?**

Iedere zorginstelling moet een prijslijst met passantentarieven op de website publiceren. Deze prijzen worden gehanteerd voor mensen die geen zorgverzekering hebben afgesloten. De tarieven zijn een indicatie voor de kosten voor verzekerde zorg. De tarieven voor verzekerde patiënten zijn dus afhankelijk van de afspraken die we met de verschillende zorgverzekeraars hebben afgesloten en die tarieven zijn lager dan de passantentarieven.

### **Kan ik uitleg krijgen over de factuur die ik heb ontvangen?**

Als u een factuur van uw zorgverzekeraar heeft ontvangen kunt u deze altijd bellen en om uitleg vragen. Ook kunt u bij de zorgverzekeraar meer specificaties opvragen over een DBC bijvoorbeeld. Als u een factuur van Polikliniek de Blaak heeft ontvangen dan kunt u uw vraag stellen per mail naar [boekhouding@polikliniekdeblaak.nl](mailto:boekhouding@polikliniekdeblaak.nl)

## SPECIALISATIEGEBIEDEN

- Spataderen
- Huidziekten
- Aambeien
- Huidtherapie
- Cosmetische chirurgie

## KWALITEIT

Polikliniek de Blaak is aangesloten bij Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Benelux Vereniging voor Flebologie, Nederlandse Vereniging van Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie. Ze wordt regelmatig gevisiteerd door de Beroepsvereniging en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Daarnaast heeft Polikliniek de Blaak het ZKN keurmerk.



**Locatie Rotterdam**  
Blaak 243 / 285  
3011 GB Rotterdam

**Locatie Rijswijk**  
Oranjelaan 1  
2281 GA Rijswijk

**Locatie Tilburg**  
Ketelhavenstraat 39  
5045 NG Tilburg