

## Toolbox programma Kostenbewustzijn

### vragen en antwoorden

1 Stelsel			
1.1	Hoe werkt het stelsel?	<p>Iedereen die in Nederland woont of werkt, moet een zorgverzekering hebben. Het basispakket dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek.</p> <p>Daarnaast kunt u zich aanvullend verzekeren voor kosten die niet in het basispakket zitten.</p> <p>U kunt jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar of verzekeringspolis. Hierdoor worden zorgverzekeraars geprikkeld om voor u kwalitatief hoge en betaalbare zorg in te kopen bij zorgaanbieders en u op een klantvriendelijke wijze te behandelen.</p>	<p>Meer informatie: <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering</a></p>
1.2	Wat is de rol van de zorgverzekeraar?	<p>Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit houdt in dat zorgverzekeraars zorgen voor kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg, voor alle verzekerden. Daarmee hebben ze een belangrijke taak in het zorgstelsel.</p> <p>Zorgverzekeraars hebben meestal veel informatie beschikbaar, waarmee zij u kunnen adviseren bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Ook kan de zorgverzekeraar bemiddelen tussen u en een zorgaanbieder, bijvoorbeeld als er een wachtlijst is. (zie hiervoor de site van uw zorgverzekeraar). Daarnaast kunt u bij uw zorgverzekeraar terecht voor uitleg over uw nota.</p>	
1.3	Wat is de rol van de zorgaanbieders?	<p>Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede, doelmatige en gepaste zorg. Zij moeten hierover duidelijk zijn naar patiënten, zorgverzekeraars en overheid. Zij proberen de kwaliteit en veiligheid van de zorg op een steeds hoger niveau te brengen.</p>	

1.4	Heb ik de keuzevrijheid om naar iedere zorgaanbieder te gaan?	Ja, u heeft de vrijheid om naar iedere zorgaanbieder te gaan. Maar dan is niet zeker of de kosten van uw behandeling (volledig) vergoed worden. Dit is afhankelijk van uw poliskeuze. Raadpleeg voorafgaand aan het bezoek aan arts, kliniek, ziekenhuis of andere behandelaar de website van uw zorgverzekeraar. Of neem contact op met uw zorgverzekeraar om na te gaan of uw polis de kosten vergoed .	
1.5	Ik wil een afspraak maken bij het ziekenhuis voor probleem X. Welk ziekenhuis is voor mij het goedkoopst?	Neem hiervoor contact op met uw zorgverzekeraar.	
1.6	Wat houdt de basisverzekering in?	Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een zorgverzekering hebben. De basisverzekering dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De Rijksoverheid beslist wat er in dit basispakket zit. Zorgverzekeraars moeten iedereen tegen een vaste premie voor een basisverzekering accepteren. U bent niet verplicht om een aanvullende verzekering af te sluiten. U bent overigens ook niet verplicht het basispakket en de aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar af te sluiten.	Meer informatie: <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering</a>
1.7	Welke polissen biedt de zorgverzekering?	Sluit u een zorgverzekering af? Dan kunt u kiezen voor een naturapolis, een restitutiepols of een combinatie daarvan. Zorgverzekeraars gebruiken verschillende namen voor deze polissen.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html</a>

1.8	Wat is een naturapolis?	Bij een naturapolis heeft u <u>recht op zorg</u> . U kunt gebruik maken van de zorgaanbieders waar uw naturazorgverzekeraar een contract mee heeft. Bij een naturapolis betaalt uw zorgverzekeraar de rekeningen rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Voor zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft, kan de zorgverzekeraar een lagere vergoeding geven. Raadpleeg hiervoor uw zorgverzekeringsspolis.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html</a>
1.9	Wat is een restitutiepols?	Bij een restitutiepols heeft u <u>recht op een vergoeding van zorg</u> . U kiest zelf naar welke zorgaanbieder u toe gaat. U betaalt in principe de kosten eerst zelf en stuurt de rekening naar uw zorgverzekeraar. Er zijn ook restitutiezorgverzekeraars die betaalafspraken hebben gemaakt met zorgaanbieders, waardoor u niet eerst zelf de rekening hoeft te betalen. Raadpleeg hiervoor uw zorgverzekeringsspolis.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html</a>
1.10	Wat is een combinatiepols?	Bij een combinatiepols heeft u in bepaalde gevallen <u>recht op zorg</u> (zie bij naturapolis) <u>en</u> in andere gevallen <u>recht op een vergoeding van zorg</u> (zie bij restitutiepols). In uw zorgverzekeringsspolis staat dit exact omschreven.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html</a>
1.11	Wat is een budgetpols?	Een naturapolis waarbij de verzekeraar een beperkt aantal zorgaanbieders heeft gecontracteerd. Voor zorgaanbieders waarmee geen contract is afgesloten, geldt dikwijls een lagere vergoeding.	
1.12	Aanvullende verzekering?	Niet alle zorg wordt gedekt door de basisverzekering. Daarom kunt u een aanvullende verzekering afsluiten, bijvoorbeeld voor vergoeding van fysiotherapie of de tandarts. Dit is niet verplicht. Zorgverzekeraars hebben geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar kan u dus weigeren als klant. Of kan vragen stellen over uw gezondheid voordat de zorgverzekeraar u accepteert. Dat is bij de basisverzekering niet het geval.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/aanvullende-verzekering">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/aanvullende-verzekering</a>

1.13	Niet verzekerd?	<p>U bent verplicht een basisverzekering af te sluiten. De Rijksoverheid spoort mensen zonder zorgverzekering op. Als ze na twee waarschuwingen en boetes nog steeds niet verzekerd zijn, sluit het Zorginstituut Nederland een zorgverzekering voor ze af. De premie van deze verzekering wordt ingehouden op het loon, een uitkering of een andere bron van inkomsten.</p> <p>Zorgverzekeringslijn.nl vormt de schakel tussen wanbetalers en (on)verzekerden enerzijds en zorgverzekeraars, gemeenten en hulpverlenende instanties anderzijds. Zorgverzekeringslijn.nl informeert en adviseert over de verplichte zorgverzekering.</p>	<p><a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wanbetalers-en-onverzekerden">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wanbetalers-en-onverzekerden</a></p> <p>Zorgverzekeringslijn.nl</p>
1.14	Welke premies betaal ik voor de zorgverzekering?	<p>Voor uw zorgverzekering betaalt u verschillende soorten premies. U betaalt een vast bedrag voor de basisverzekering, dat wordt geïnd door de zorgverzekeraar (de nominale premie). En u betaalt via de belasting een inkomensafhankelijke bijdrage voor het basispakket. Als u een aanvullende verzekering heeft, betaalt u daar ook nog premie voor.</p>	<p><a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-premies-betaal-ik-voor-de-zorgverzekering.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-premies-betaal-ik-voor-de-zorgverzekering.html</a></p>

2 Pakket			
2.1	Welke zorg wordt in 2014 vergoed via het basispakket van mijn zorgverzekering?	<p>Het basispakket van de zorgverzekering vergoedt veelgebruikte geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Fysiotherapie, psychische zorg, ziekenvervoer en tandheelkundige zorg wordt gedeeltelijk vergoed.</p> <p>In de polisvoorwaarden kunnen zorgverzekeraars voorwaarden stellen voor de vergoeding van de zorg uit het basispakket. Als u twijfelt of vragen heeft over de vergoeding van de zorg kunt u contact opnemen met uw zorgverzekeraar.</p>	<p>Zie verder:  <a href="http://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas">www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas</a>  <i>en</i>  <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering.html</a></p>
2.2	Waarom kan het Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen, CVZ) besluiten om een bepaalde behandeling niet (meer) te vergoeden via de basisverzekering?	Het Zorginstituut Nederland is wettelijk verplicht om de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te adviseren over de inhoud en de omvang van het basispakket. Binnen dit adviestraject gaat het zorginstituut de dialoog aan met de betrokken partijen in de zorg, zoals patiëntenorganisaties. De minister neemt de uiteindelijke beslissing over wat wel en niet in het basispakket zit.	
2.3	Ik wil een ingreep ondergaan en mijn zorgverzekeraar weigert deze te vergoeden.	Neem hierover contact op met uw zorgverzekeraar. Mocht u hierover geen overeenstemming bereiken en u denkt toch recht te hebben op vergoeding, dan kunt u een klacht indienen bij het SKGZ, de geschillencommissie van zorgverzekeringen via <a href="http://www.skgz.nl/">www.skgz.nl/</a> .	

<b>3 Eigen betalingen</b>			
3.1	Wat is het (verplicht) eigen risico?	<p>Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een <i>verplicht</i> eigen risico voor de zorgverzekering. Dat betekent in 2014 dat u de eerste € 360 van zorgkosten uit het basispakket zelf betaalt. De overheid heeft dat bedrag bepaald. De kosten van onder andere een bezoek aan de huisarts, van verloskundige zorg en van kraamzorg vallen niet onder het verplicht eigen risico.</p> <p>U kunt <i>vrijwillig</i> kiezen voor een hoger eigen risico. Het verplichte eigen risico kunt u verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 en € 500. U krijgt daarvoor van uw zorgverzekeraar een korting op uw maandelijkse premie voor de basisverzekering.</p>	rijksoverheid.nl/ onderwerpen/ zorgverzekering/eigen- risico-zorgverzekering
3.2	Wat is het verschil tussen het verplichte en vrijwillige (hoger) eigen risico?	De overheid stelt het verplicht eigen risico vast. Voor 2014 is dat € 360. U kunt vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico. Het verplichte eigen risico kunt u verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 en € 500. U krijgt daarvoor van uw zorgverzekeraar een korting op uw premie voor de basisverzekering.	rijksoverheid.nl/ onderwerpen/ zorgverzekering/eigen- risico-zorgverzekering
3.3	Hoe hoog is dit jaar het verplichte eigen risico?	Per 1 januari 2014 is het eigen risico voor de zorgverzekering € 360.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/eigen-&lt;br/&gt;risico-zorgverzekering">http:// www.rijksoverheid.nl/ onderwerpen/ zorgverzekering/eigen- risico-zorgverzekering</a>
3.4	Geldt het eigen risico voor de huisartsenpost en de spoedeisende hulp?	Voor een bezoek aan de huisarts of de huisartsenpost geldt géén eigen risico. Voor een bezoek aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis wel. Indien u zorg nodig heeft, moet u ook altijd eerst contact opnemen met de huisarts of de huisartsenpost. Als het nodig is, verwijst de huisarts door naar het ziekenhuis. Alleen als er sprake is van een levensbedreigende situatie, kunt u direct naar de spoedeisende hulp in het ziekenhuis.	<a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-&lt;br/&gt;antwoord/hoe-hoog-is-het-&lt;br/&gt;eigen-&lt;br/&gt;risico-in-de-&lt;br/&gt;zorgverzekering.html">http:// www.rijksoverheid.nl/ onderwerpen/ zorgverzekering/vraag-en- antwoord/hoe-hoog-is-het- eigen- risico-in-de- zorgverzekering.html</a>

3.5	<p>Voor welke zorg uit het basispakket zorgverzekering betaal ik geen verplicht eigen risico?</p>	<p>Voor de volgende zorg uit het basispakket zorgverzekering betaalt u <i>geen</i> eigen risico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Huisartsenzorg (waaronder de huisartsenpost);</li> <li>b. Wijkverpleging per 2015;</li> <li>c. Verloskundige zorg en kraamzorg;</li> <li>d. Voor chronische aandoeningen (diabetes mellitus type 2, COPD en CVR);</li> <li>e. Nacontroles bij degene die een orgaan heeft gedoneerd.</li> </ul> <p>Daarnaast <i>kan</i> de zorgverzekeraar er voor kiezen om bepaalde (preferente) zorgaanbieders, zorgprogramma's, medicijnen en hulpmiddelen uit te sluiten van het eigen risico.</p> <p>Zie <a href="#">hier</a> de inhoud van het basispakket voor 2014.</p> <p>Let op: voor alle ander vormen van zorg uit het basispakket zorgverzekering (inclusief de spoedeisende hulp in het ziekenhuis) geldt het verplichte eigen risico wel.</p> <p>Voor meer informatie, raadpleeg uw verzekeringspolis of neem contact op met uw zorgverzekeraar.</p>	
3.6	<p>Hoe weet u hoeveel er nog over is van uw eigen risico?</p>	<p>Uw zorgverzekeraar informeert u hierover op papier via het vergoedingenoverzicht of via de 'mijn omgeving' op de website van de zorgverzekeraar.</p>	

3.7	Wat zijn eigen bijdragen?	<p>Eigen bijdragen hebben betrekking op één soort behandeling en kennen de volgende vormen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De zorg wordt vergoed uit het basispakket, maar een gedeelte betaalt u zelf per jaar (bijv. ziekenvervoer)</li> <li>De zorg wordt vergoed uit het basispakket, maar een percentage betaalt u zelf per keer (bijv. hoortoestellen)</li> <li>De zorg wordt vergoed uit het basispakket tot een bepaald maximum per keer (bijv. diverse hulpmiddelen). De rest betaalt u zelf.</li> </ol>	
3.8	Hoe werkt het eigen risico (verplicht/vrijwillig) ten opzichte van eigen betalingen?	<p>Dit is het beste met een rekenvoorbeeld uit te leggen:</p> <p>Stel de rekening voor ziekenvervoer bedraagt € 1000. Er dient € 90 per kalenderjaar als eigen bijdrage betaald te worden. Dan blijft over € 1000 - € 90 = € 910. De zorgverzekeraar kijkt vervolgens naar uw eigen risico. Als u dat jaar nog een eigen risico (€ 360) heeft openstaan, dan gaat dit bedrag van de rekening af. Hiermee wordt € 910 - € 360 = € 550 door de verzekering vergoed. U betaalt zelf € 90 + € 360 = € 450.</p> <p>Indien u uw eigen risico in dat jaar al heeft volgemaakt (u heeft al € 360 betaald wegens gebruik van andere zorg), dan vergoedt uw zorgverzekeraar het volgende: € 1000 (ziekenvervoer) -€ 90 (eigen bijdrage)= € 910.</p> <p>Eventuele kosten die u maakt voor zorg die niet uit het basispakket vergoed wordt (volledige eigen betaling), hebben geen invloed op uw (openstaande) eigen risico.</p>	
3.9	Mijn behandeltraject begint in het ene jaar en eindigt in het volgend jaar. Wat betekent dit voor mijn eigen risico?	De startdatum van het DBC-zorgproduct bepaalt in welk jaar het eigen risico wordt aangesproken (voor uitleg DBC-zorgproducten zie vragen en antwoorden over bekostiging).	

3.10	Wat kan ik doen als ik mijn premie, rekening of eigen risico niet kan betalen?	Veel zorgverzekeraars bieden hun verzekerden een betalingsregeling aan, indien de verzekerde de premie niet kan betalen. Neem bij betalingsproblemen dus tijdig contact op met uw zorgverzekeraar.	
3.11	Wat is zorgtoeslag?	Zorgtoeslag is een bijdrage van de overheid om tegemoet te komen in de kosten van een zorgverzekering en het eigen risico. Mensen met een lager inkomen hebben vaak recht op zorgtoeslag, zodat ook voor hen de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft. U moet aan een <u>aantal voorwaarden</u> voldoen om in aanmerking te komen voor zorgtoeslag. U kunt <u>zorgtoeslag aanvragen</u> bij de Belastingdienst.	<p>Wat is zorgtoeslag: <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/wat-is-zorgtoeslag">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/wat-is-zorgtoeslag</a></p> <p>Zorgtoeslag aanvragen: <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/hoe-kan-ik-zorgtoeslag-aanvragen-of-wijzigen.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/hoe-kan-ik-zorgtoeslag-aanvragen-of-wijzigen.html</a></p>
3.12	Wanneer heb ik recht op zorgtoeslag?	Om voor zorgtoeslag in aanmerking te komen, moet u aan een aantal voorwaarden voldoen. Deze zijn te vinden op: <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html</a>	Wanneer heb ik recht op zorgtoeslag: <a href="http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html">http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html</a>

#### 4 Bekostiging

4.1	Hoe werkt de DBC-systematiek?	<p>Ziekenhuizen gebruiken DBC-zorgproducten (diagnose behandeling combinatie) om de zorg in rekening te brengen. In een DBC-zorgproduct is vastgelegd welke diagnose en welke behandeling bij uw zorgvraag horen.</p> <p>Er zijn in totaal ruim 4500 DBC-zorgproducten voor alle mogelijke behandelingen in een Nederlands ziekenhuis. Het uiteindelijk geleverde DBC-zorgproduct is afhankelijk van de behandeling die u ondergaat: poliklinisch, dagbehandeling, opname, type operatie en eventueel aanvullend onderzoek (bijv. een CT-scan).</p> <p>Uw behandeling (vanaf het eerste consult bij de medisch specialist tot en met de laatste controle) kan dus uit verschillende DBC-zorgproducten bestaan.</p> <p>Kijk naar het volgende <u>filmpje</u> of de <u>informatiekaart</u> voor een heldere omschrijving.</p>	<p><a href="http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/veelgestelde-vragen/DBC-DOT/">http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/veelgestelde-vragen/DBC-DOT/</a></p> <p>en</p> <p><a href="http://www.dbconderhoud.nl/ziekenhuiszorg/artikelen/dbc-systematiek-3/wat-is-een-dbc/menu-id-1368">http://www.dbconderhoud.nl/ziekenhuiszorg/artikelen/dbc-systematiek-3/wat-is-een-dbc/menu-id-1368</a></p>
-----	-------------------------------	---	---

4.2	Wat is een DBC-zorgproduct?	<p>Als u in het ziekenhuis belandt, rekent het ziekenhuis niet elke scan, injectie of handeling afzonderlijk met u af. Integendeel, het betalen van uw ziekenhuiszorg gebeurt via zogenoemde DBC-zorgproducten. DBC staat voor diagnose behandeling combinatie.</p> <p>DBC-zorgproducten zijn dus eigenlijk zorgpakketten die gebruikelijk zijn bij een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld een gebroken arm. De prijs voor dit DBC-zorgproduct is een <i>gemiddelde</i> van alle kosten bij een dergelijke breuk.</p> <p>Het maakt daarbij dus niet uit of er één of vijf foto's zijn gemaakt. Andere factoren tellen wel mee. Dan gaat het bijvoorbeeld om de zwaarte van de behandeling. Zo maakt het uit of de patiënt overnacht in het ziekenhuis, of dat hij meteen naar huis kan. Of dat de patiënt een operatie ondergaat of niet. Ook het aantal bezoeken aan de medisch specialist kan een rol spelen.</p> <p>Kijk naar het volgende <u>filmpje</u> of de <u>informatiekaart</u> voor een heldere omschrijving.</p>	<p>Informatiekaart:  <a href="http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/">http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/</a>  <u>Informatiekaart_Betalen_van_ziekenhuiszorg.pdf</u></p> <p>of filmpje: <a href="http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/Van-rontgenfoto-tot-rekening/">http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/Van-rontgenfoto-tot-rekening/</a></p>
4.3	Wie stelt de omschrijving van DBC-zorgproducten vast?	De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de omschrijving van de DBC-zorgproducten vast en bepaalt welke DBC-zorgproducten ziekenhuizen in rekening kunnen brengen.	

4.4	Hoe bepaalt het ziekenhuis / de arts een DBC-zorgproduct?	<p>Een patiënt komt in het ziekenhuis na verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of via de Spoedeisende Hulp (SEH). Een medisch specialist stelt vervolgens een diagnose. Op basis hiervan opent hij een DBC-zorgproduct.</p> <p>Op dat moment staat nog niet vast welk bedrag de patiënt of zijn zorgverzekeraar uiteindelijk moet betalen. Welk DBC-zorgproduct uiteindelijk geldt, is afhankelijk van verschillende factoren. Bijvoorbeeld of een patiënt overnacht in het ziekenhuis en of hij of zij wordt geopereerd.</p> <p>Pas nadat de behandeling is afgelopen, wordt op basis van alle vastgelegde informatie het uiteindelijke DBC-zorgproduct vastgesteld.</p> <p>Zorgaanbieders sturen de gegevens over de geleverde zorg (zoals de diagnose en de uitgevoerde verrichtingen/ zorgactiviteiten) naar een grouper (een landelijk registratie- en computerprogramma). Op basis van deze gegevens stelt de grouper een DBC-zorgproduct en/of overige DBC-zorgproducten samen. Deze uitkomst wordt teruggestuurd naar de zorgaanbieder. De zorgaanbieder stuurt vervolgens de rekening naar u of uw zorgverzekeraar.</p>	
-----	---	--	--

4.5	Waarom zijn DBC-zorgproducten ingevoerd?	<p>Het DBC-systeem geeft ziekenhuizen en zorgverzekeraars:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o de mogelijkheid voor een aantal ziekenhuisbehandelingen te onderhandelen over de prijs en kwaliteit. Dit biedt zorgverzekeraars betere mogelijkheden bij het inkopen van kwalitatief goede en betaalbare zorg. Uiteindelijk profiteert de consument ervan als zorgverzekeraars goede afspraken maken met zorgaanbieders.</li> <li>o meer en beter inzicht in de kosten van de behandeling. Hierdoor kunnen ziekenhuizen hun bedrijfsvoering verbeteren en zo betaalbare en doelmatige zorg (blijven) leveren.</li> </ul>	
4.6	Wanneer wordt een DBC-zorgproduct geopend en wanneer wordt deze gesloten?	<p>De begindatum van het DBC-zorgproduct is de datum van de eerste zorgactiviteit die heeft plaatsgevonden. Die kan zijn geweest vóór het eerste consult in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld een laboratoriumonderzoek van uw bloed dat eerder werd afgenomen.</p> <p>Een DBC-zorgproduct kan maximaal 42, 90 of 365 dagen open staan (per 2015 wordt dat maximaal 120 dagen). Na afloop van deze periode wordt het DBC-zorgproduct afgesloten en de rekening opgemaakt.</p> <p>Let op: de einddatum hoeft niet altijd de laatste dag van de behandeling te zijn. Ziekenhuizen dienen vaak pas enkele maanden na sluiting van het DBC-zorgproduct de rekening in bij de zorgverzekeraar.</p>	

4.7	Stel ik stap tijdens een behandeltraject in het ziekenhuis over naar een andere verzekeraar. Naar welke verzekeraar gaat dan de rekening?	Het ziekenhuis stuurt de rekening naar de verzekeraar waarbij u verzekerd was bij de start van de behandeling (DBC-zorgproduct). De startdatum is doorgaans het eerste contact van een patiënt met het ziekenhuis. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om laboratoriumonderzoek, een röntgenfoto, een operatieve ingreep, een consult of een verpleegdag.	
4.8	Welke instellingen werken met DBC-zorgproducten?	<p>Onderstaande categorieën zorgaanbieders werken met DBC-zorgproducten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ziekenhuizen</li> <li>o particuliere klinieken</li> <li>o dialysecentra</li> <li>o audiologische centra</li> <li>o epilepsie-instellingen</li> <li>o radiotherapeutische centra</li> <li>o revalidatiecentra</li> <li>o long-astma instellingen</li> <li>o geriatrische revalidatiecentra</li> <li>o GGZ (vrijgevestigden en instellingen)</li> <li>o forensische zorg (instellingen)</li> </ul>	
4.9	Hoe is het tarief van een DBC-zorgproduct opgebouwd?	Het tarief van een DBC-zorgproduct is opgedeeld in een kostencomponent en een honorariumcomponent. Het kostendeel dekt de ziekenhuiskosten en de kosten van het ondersteunende personeel. Het honorariumdeel is de vergoeding voor de medisch specialisten. Dit geldt overigens tot eind 2014. DBC-zorgproducten die vanaf 1 januari 2015 geopend worden, hebben één tarief.	<a href="http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/veelgestelde-vragen/DBC-DOT/">http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/veelgestelde-vragen/DBC-DOT/</a>

4.1 0	Staan tarieven voor DBC-producten in de ziekenhuiszorg vast?	<p>DBC-zorgproducten binnen de ziekenhuiszorg zijn wat tariefsoort betreft te verdelen in twee segmenten: een gereguleerd segment en een vrij segment.</p> <p>Maximum prijzen (gereguleerd segment) 30% van de behandelingen in een ziekenhuis zit in het gereguleerde segment. Dit segment wordt ook wel het A-segment genoemd. Voor DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment gelden maximumtarieven voor de kostenbedragen en honorariumbedragen.</p> <p>Vrij onderhandelbare prijzen (vrij segment) 70% van de behandelingen in een ziekenhuis zit in het vrije segment. Dit segment wordt ook wel het B-segment genoemd. De kostenbedragen binnen dit deel van de ziekenhuiszorg zijn vrij onderhandelbaar. Dit betekent dat de overheid voor die behandelingen niet langer de tarieven bepaalt, maar dat de tarieven tot stand komen via afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieder.</p> <p>Voor de honorariumbedragen van de DBC-zorgproducten in het B-segment stelt de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) maximumtarieven vast.</p>	<a href="http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-dot/">http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-dot/</a>
----------	--	--	---

4.1 1	Wat is de gemiddelde kostprijs van planbare, veelvoorkomende DBC-zorgproducten?	<p>De gemiddelde kostprijs van planbare, veelvoorkomende DBC-zorgproducten staan op een standaardprijslijst. Deze vermeldt de prijzen die een zorgaanbieder in rekening brengt voor zijn behandelingen.</p> <p>De zorgaanbieder is verplicht de standaardprijslijst te publiceren of opvraagbaar te hebben. Zorgaanbieders voor medisch specialistische zorg zijn daarnaast verplicht om via zo'n standaardprijslijst zowel hun prijzen voor het gereguleerde als het vrije segment bekend te maken.</p> <p>Op de standaardprijslijst staan ook de prijzen vermeld die gelden wanneer u niet verzekerd bent of wanneer uw verzekeraar geen contract heeft met het desbetreffende ziekenhuis.</p> <p>U kunt bij de zorgaanbieder de prijzen van de behandelingen opvragen.</p>	<a href="http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-dot/">http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde vragen/dbc-dot/</a>
4.1 2	Waarom moet ik betalen terwijl er niets is gevonden?	<p>U betaalt voor het onderzoek/de behandelingen die u heeft ondergaan naar aanleiding van uw (gezondheids)klachten. Niet voor de uitkomst. Helaas is er in de zorg nooit een garantie op een bepaalde uitkomst. Een arts zal altijd de vervolgstappen voorstellen die hem/haar het beste lijken om te nemen.</p>	
4.1 3	Wat kosten de DBC-zorgproducten of zorgactiviteiten per stuk?	<p>De kosten van een DBC-zorgproduct zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten van de behandelingen binnen een bepaald DBC-zorgproduct. Het is dus geen optelsom van de kosten voor de activiteiten, maar gebaseerd op de gemiddelde kosten die gemaakt worden bij het behandelen van een patiënt met dit DBC-zorgproduct. Aan de activiteiten zijn daarom geen afzonderlijke bedragen toe te kennen.</p>	<p>Zie ook de informatiekaart: <a href="http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/">http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/</a> <u>Informatiekaart Betalen van ziekenhuiszorg.pdf</u></p>

4.1 4	Wanneer betaalt de zorgverzekeraar de rekening?	<p>Zodra de nota bij de zorgverzekeraar binnen is, kan de zorgverzekeraar de rekening betalen. De zorgverzekeraar betaalt veel rekeningen rechtstreeks aan de zorgaanbieder. De termijn van betaling is afhankelijk van hoe snel de zorgaanbieder de rekening indient bij uw zorgverzekering.</p> <p>In het geval van een ziekenhuisbehandeling en eventuele controles achteraf kan een behandeling langer doorlopen. Hierdoor kan de rekening bijvoorbeeld pas na een jaar betaald worden.</p> <p>Via de 'mijn omgeving' op de website van de zorgverzekeraar kunt u een overzicht bekijken van de door de zorgverzekeraar betaalde nota's.</p>	
4.1 5	Hoe controleer ik mijn ziekenhuisnota?	<p>U kunt uw ziekenhuisnota zelf controleren. Net zoals u dat waarschijnlijk ook doet na het afrekenen bij de kassa in de supermarkt. Om u hierbij te helpen, staan er meer gegevens op de ziekenhuisnota. Dit geldt voor ziekenhuisnota's van behandelingen die na 1 juni 2014 zijn gestart. U vindt ze in de 'mijn omgeving' op de website van uw zorgverzekeraar. Daar kunt u nagaan of de beschreven behandelingen ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Twijfelt u of de ziekenhuisnota wel juist is? Neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.</p>	
4.1 6	Controleert de zorgverzekeraar de ziekenhuisrekeningen die ze krijgen?	<p>De zorgverzekeraar controleert alle declaraties, dus ook die van het ziekenhuis. Een zorgverzekeraar kijkt of de declaratie voldoet aan wet en regelgeving, of het juiste tarief is gedeclareerd, of de zorgverlener bevoegd is en dergelijke.</p>	

4.1 7	Moet een zorgverzekeraar een ingediende nota binnen een bepaalde wettelijke termijn beoordelen en betalen?	<p>Nee, er is in de Zorgverzekeringswet geen wettelijke termijn vastgesteld waarbinnen een zorgverzekeraar een ingediende (ziekenhuis)nota moet beoordelen en vergoeden.</p> <p>Gemiddeld genomen betaalt de zorgverzekeraar binnen twee weken uit nadat de nota van de zorgaanbieder is binnengekomen. Hierover kunnen ook nadere afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gemaakt zijn.</p>	
4.1 8	Hoe worden huisartsen betaald?	<p>Huisartsen worden op de volgende twee manieren betaald:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Via het inschrijvingstarief;</li> <li>2. Door een vergoeding voor een consult, kleine verrichting of huisbezoek.</li> </ol>	
4.1 9	Wat is een inschrijvingstarief?	<p>Het inschrijvingstarief is het bedrag dat de huisarts per kwartaal ontvangt voor iedereen die op de eerste dag van dat kwartaal bij hem of haar ingeschreven staat. Vaak gaat de rekening hiervoor direct naar de zorgverzekeraar, ongeacht of u een bezoek brengt aan uw huisarts.</p> <p>Het inschrijvingstarief kent drie leeftijdscategorieën (tot 65 jaar, van 65 tot 75 jaar, vanaf 75 jaar). Huisartsen kennen daarnaast een hoger inschrijvingstarief wanneer een patiënt in de oudste leeftijdscategorie valt of in een achterstandswijk woont. Dit heeft te maken met het verschil in zorgbehoefte. Doorgaans gebruikt een dergelijke patiënt dan gemiddeld meer zorg. Wanneer iemand wel of niet in een achterstandswijk woont, wordt bepaald door het <u>Nivel</u>.</p>	

4.2 0	Waarom worden kosten voor huisarts berekend, terwijl ik er niet geweest ben?	<p>De huisarts ontvangt per kwartaal een inschrijvingstarief voor alle verzekerden die bij hem of haar staan ingeschreven. Dit tarief zorgt ervoor dat als u zorg nodig heeft, u altijd terecht kunt bij uw huisarts en daarbij gebruik kan worden gemaakt van praktijkruimte en medische apparatuur.</p> <p>U hoeft dus niet bij de huisarts te zijn geweest, terwijl er toch kosten worden berekend. Het feit dat u als verzekerde bij de huisarts ingeschreven staat, betekent dat deze tarieven standaard voor u in rekening mogen worden gebracht.</p>	
4.2 1	Wat houdt ketenzorg in?	<p>De vraag naar zorg verandert en wordt ook steeds complexer. We hebben te maken met een toename van het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen die niet door één behandelende arts opgelost kunnen worden. Samenwerking tussen verschillende aanbieders van verschillende soorten zorg is hiervoor een vereiste. Deze samenwerking noemen we ketenzorg.</p> <p>Een voorbeeld is de zorg georganiseerd rondom de chronische ziekte diabetes. De volgende zorgaanbieders maken deel uit van deze zorgketen: huisarts, diëtist, podotherapeut, apotheker, oogarts en fysiotherapeut.</p>	

## 5 Ziekenhuisnota nieuwe stijl

5.1	<b>Waarom veranderen ziekenhuisnota's?</b>	Ziekenhuisnota 's waren vaak niet helder. Het toevoegen van meer gegevens en een begrijpelijke vertaling van medische begrippen, maken de nota beter leesbaar. Een goed leesbare nota stelt u beter in staat inzicht te krijgen in uw eigen zorgkosten. Daarnaast kunt u daarmee mogelijke onjuistheden in declaraties beter signaleren.	
5.2	<b>Voor welke zorg krijg ik een nota nieuwe stijl?</b>	Nota's voor ziekenhuisbehandelingen (DBC-zorgproducten in de medisch specialistische zorg), die zijn gestart na 1 juni 2014.	
5.3	<b>Waarom zijn sinds 1 juni 2014 niet meteen alle ziekenhuisnota's in nieuwe stijl?</b>	Dit heeft te maken met de systematiek waarmee ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken. Om de 'nota nieuwe stijl' mogelijk te maken, zijn ICT-systemen aangepast en uitvoerig getest. De nota's voor behandelingen die voor 1 juni 2014 zijn gestart, zijn aangemaakt in de toen bestaande systemen.	
5.4	<b>Wat verandert er op de ziekenhuisnota?</b>	De nota is toegankelijker gemaakt doordat de uitgevoerde behandeling (DBC-zorgproduct) helder omschreven is in plaats van alleen een ingewikkelde declaratiecode. Ook staan er méér gegevens over de behandeling op de nota, zoals de zorgactiviteiten die door de medisch specialist en ondersteunend personeel zijn uitgevoerd.	Verzekeraars zouden hier zelf nog een voorbeeld aan kunnen toevoegen.
5.5	<b>Wanneer krijg ik een 'nota nieuwe stijl'?</b>	Zodra een ziekenhuisbehandeling, die na 1 juni 2014 is gestart, wordt afgesloten, ontvangt u een nieuwe nota in de 'mijn omgeving' op de website van uw zorgverzekeraar. In de praktijk ontvangen vanaf half augustus 2014 de eerste patiënten een ziekenhuisnota in deze nieuwe stijl.	

5.6	<b>Waar vind ik de nieuwe nota?</b>	<p>Zodra uw verzekeraar kosten voor behandeling aan uw zorgaanbieder heeft vergoed, is de nieuwe nota voor u te zien in de ‘mijn omgeving’ op de website van uw zorgverzekeraar. Daar kunt u zien welke bedragen uw verzekeraar voor u heeft uitgekeerd aan zorgverleners.</p> <p>Let op: Dit geldt alleen voor ziekenhuisbehandelingen die na 1 juni 2014 zijn gestart.</p>	
5.7	<b>Wat is een DBC-zorgproduct?</b>	<p>Als u in het ziekenhuis belandt, rekent het ziekenhuis niet elke scan, injectie of handeling afzonderlijk met u af. Integendeel, het betalen van uw ziekenhuiszorg gebeurt via zogenoemde DBC-zorgproducten. DBC staat voor diagnose behandeling combinatie.</p> <p>DBC-zorgproducten zijn dus eigenlijk zorgpakketten die gebruikelijk zijn bij een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld een gebroken arm. De prijs voor dit DBC-zorgproduct is een <i>gemiddelde</i> van alle kosten bij een dergelijke breuk.</p> <p>Het maakt daarbij dus niet uit of er één of vijf foto's zijn gemaakt. Andere factoren tellen wel mee. Dan gaat het bijvoorbeeld om de zwaarte van de behandeling. Zo maakt het uit of de patiënt overnacht in het ziekenhuis, of dat hij meteen naar huis kan. Of dat de patiënt een operatie ondergaat of niet. Ook het aantal bezoeken aan de medisch specialist kan een rol spelen.</p> <p>Kijk naar het volgende <a href="#">filmpje</a> of de <a href="#">informatiekaart</a> voor een heldere omschrijving.</p>	<p>Informatiekaart: <a href="http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/">http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/</a> <a href="#">Informatiekaart Betalen van ziekenhuiszorg.pdf</a></p> <p>of filmpje: <a href="http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/Van-rontgenfoto-tot-rekening/">http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/nieuws/Van-rontgenfoto-tot-rekening/</a></p>
5.8	<b>Wat is de ‘startdatum’ of ‘uitvoerdatum’ van een DBC-zorgproduct?</b>	<p>De begindatum van een DBC-product is de datum waarop het DBC-zorgproduct wordt geopend. Dit is doorgaans het eerste contact van een patiënt met het ziekenhuis. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om laboratoriumonderzoek, een röntgenfoto, een operatieve ingreep, een consult of een verpleegdag.</p>	

5.9	<b>Wat is de 'einddatum' van een DBC-zorgproduct?</b>	De datum waarop een DBC-zorgproduct eindigt, wordt bepaald door vaste regels. Deze datum wijkt meestal af van de datum waarop het laatste patiëntcontact met het ziekenhuis was.	
5.10	<b>Wat is het 'aantal zorgactiviteiten' op mijn ziekenhuisnota?</b>	Het aantal keer dat de betreffende zorgactiviteit is uitgevoerd. Bijvoorbeeld '2' als u twee keer voor een consult op de polikliniek bent geweest of '5' als u 5 dagen in het ziekenhuis opgenomen bent.	
5.11	<b>Wat betekent 'zorgactiviteit' op mijn ziekenhuisnota?</b>	'Zorgactiviteiten' zijn alle activiteiten die door een medisch specialist en ondersteunend personeel zijn uitgevoerd met de bedoeling uw gezondheid en/of welzijn te verbeteren. Het kan gaan om onderzoek of om behandeling. Hieronder vallen onder andere consulten, (laboratorium)onderzoeken, operaties of verblijfsdagen op een verpleegafdeling.	
5.12	<b>Wat is de 'uitvoerdatum zorgactiviteit(en)' op mijn ziekenhuisnota?</b>	Datum waarop de zorgactiviteit(en) plaatsvond(en).	
5.13	<b>Wat is de 'declaratiecode' en waar vind ik deze?</b>	De declaratiecode is een zescijferige code die aangeeft welke behandeling (DBC-zorgproduct) u heeft gehad en of deze wel of niet wordt vergoed door de basisverzekering. De code kunt u terugvinden in de 'mijn omgeving' op de website van uw zorgverzekeraar.	
5.14	<b>Wat betekenen de zes cijfers van de declaratiecode?</b>	De eerste twee cijfers van de zescijferige declaratiecode geven weer of de zorg onder de basisverzekering valt, en of er sprake is van een vastgelegd (wettelijk) tarief of een door zorgverlener en verzekeraar onderhandeld tarief.  Toelichting: 14 Zorg uit de basisverzekering, vast wettelijk tarief 15 Zorg uit de basisverzekering, onderhandeld tarief 16 Zorg buiten de basisverzekering, vast tarief 17 Zorg buiten de basisverzekering, onderhandeld tarief	

5.15	<b>Wat is de consumentenomschrijving bij het DBC- zorgproduct?</b>	De consumentenbeschrijving beschrijft in duidelijke taal het DBC-zorgproduct, dus de combinatie van diagnose en behandelingen.	
5.16	<b>Staan er ook extra gegevens op restitutenota's?</b>	Ja, rekeningen die ziekenhuizen direct aan u sturen (een restitutenota) voor behandelingen die zijn gestart na 1 juni 2014, zijn ook opgemaakt in de nota nieuwe stijl.	
5.17	<b>• Waarom staan er geen extra gegevens op het vergoedingenoverzicht van de zorgverzekeraars (die ze vaak met de post sturen)?</b>	Een vergoedingenoverzicht is gericht aan de verzekeringsnemer (de persoon in het huishouden die de premie en het eigen risico betaalt). Vanwege de privacy mag gedetailleerde informatie over een behandeling niet zonder toestemming van de medeverzekerden op de polis (bijvoorbeeld een partner of kinderen) gedeeld worden met de verzekeringsnemer.  In het vergoedingenoverzicht staat wat de zorgverzekeraar heeft vergoed aan zorgkosten aan alle verzekerden op de polis. Dit is inclusief de verrekening met het eigen risico.	
5.18	<b>Er staan onjuiste zaken op de ziekenhuisnota (zorgsoort, diagnose, naam, adres, etc.), Wat moet ik doen?</b>	U kunt contact opnemen met de zorgverzekeraar om meer informatie over deze nota op te vragen. De zorgverzekeraar kan dan een nadere toelichting geven en/of vermeende onjuistheden onderzoeken.	

5.19	<b>Waarom gaat de rekening direct naar de zorgverzekeraar? Ik wil hem graag vooraf krijgen en nakijken en goedkeuren.</b>	<p>Jaarlijks betalen zorgverzekeraars miljoenen declaraties aan zorgaanbieders. Vanwege de beheers- en administratiekosten is het kostbaar om iedereen vooraf rekeningen toe te sturen. Ook controleren zorgverzekeraars voor u of de declaratie voldoet aan de geldende wet- en regelgeving en of u voor deze zorg verzekerd bent. Hiermee is het rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar efficiënter.</p> <p>In de ‘mijn omgeving’ op de website van uw zorgverzekeraar kunt u na de behandeling altijd controleren welke kosten zorgaanbieders bij de verzekeraar in rekening brengen en welk bedrag de zorgverzekeraar heeft vergoed. Twijfelt u of de nota van de zorgaanbieder juist is, neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.</p>	
5.20	<b>Waarom krijg ik de nota niet op papier thuisgestuurd, maar digitaal?</b>	<p>Bij de meeste verzekeraars kunt u ervoor kiezen om uw post digitaal te ontvangen, per briefpost of beide. Informeer daarvoor bij uw zorgverzekeraar.</p>	
5.21	<b>Er staan twee bedragen voor één behandeling op de nota, klopt dit?</b>	<p>Dat klopt. U vindt zowel een kostencomponent als een honorariumcomponent op de nota.</p> <p>Het kostendeel dekt de kosten van het ziekenhuis en van het ondersteunende personeel.</p> <p>Het honorarium is de vergoeding voor de medisch specialisten. Deze twee bedragen vormen samen de totaalprijs.</p>	
5.22	<b>Het ziekenhuis geeft een andere begindatum van het DBC-zorgproduct op dan de datum van mijn eerste consult. Hoe kan dat?</b>	<p>De begindatum van het DBC-zorgproduct is de datum van de eerste zorgactiviteit die heeft plaatsgevonden. Die kan zijn geweest vóór het eerste consult in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld een laboratoriumonderzoek van uw bloed dat eerder werd afgenomen.</p>	



## 6 Vragen en klachten

6.1	Waar kan ik met vragen en klachten over zorgnota's terecht?	<p>Met vragen en klachten over zorgnota's die door uw verzekeraar rechtstreeks zijn betaald aan de zorgaanbieder, kunt u terecht bij uw zorgverzekeraar. Indien nodig, neemt de zorgverzekeraar voor u contact op met de zorgaanbieder.</p> <p>Als u de nota direct ontvangen heeft van de zorgverlener (restitutienota), dan is de zorgverlener wel uw eerste aanspreekpunt.</p>	
6.2	Bij wie kan ik terecht met zorginhoudelijke vragen en klachten?	Met zorginhoudelijke klachten over uw behandeling, kunt u rechtstreeks contact opnemen met de betreffende behandelaar of het ziekenhuis. Bij ernstige klachten over de kwaliteit van de zorgverlener kunt u terecht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).	
6.3	Wat kan ik van de afhandeling van mijn vraag/klacht/melding bij de zorgverzekeraar verwachten?	U kunt verwachten dat u binnen een redelijke termijn een reactie krijgt op de ingediende klacht. Het standpunt van de zorgverzekeraar is hierbij duidelijk onderbouwd. Zorgverzekeraars streven ernaar om vragen gemiddeld binnen twee werkdagen te beantwoorden. Voor klachten geldt een periode van maximaal 30 dagen.	
6.4	Voor welke vragen kan ik terecht bij de zorgverzekeraar?	Bij de zorgverzekeraar kunt u terecht met vragen over de keuze voor een behandelaar, vergoedingen van behandelingen en declaraties/rekeningen.	

6.5	<p>Waar kan ik terecht met een klacht over mijn zorgverzekeraar en/of de vergoeding van een behandeling?</p>	<p>Als u een klacht heeft over uw zorgverzekeraar, bespreek deze dan eerst met uw zorgverzekeraar. Elke zorgverzekeraar heeft een klachtenregeling. Informeer hiernaar.</p> <p>Bent u niet tevreden over de behandeling van uw klacht door de zorgverzekeraar? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de onafhankelijke Stichting Klachten en Geschillencommissie Zorgverzekeringen (SKGZ).</p> <p>Doel van de SKGZ is het helpen oplossen van problemen tussen u en uw zorgverzekeraar. Dat gebeurt door voorlichting via <a href="http://www.skgz.nl">www.skgz.nl</a>, door bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of door een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Daarbij maakt het niet uit of het gaat om de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.</p>	
-----	--	---	--