

**Informatie over zorgkosten 2021 in het
Dijklander ziekenhuis
Patiëntenvoorlichting**

Wat u zelf betaalt voor ziekenhuiszorg in 2021.

Valt uw behandeling onder de basisverzekering? Lees verder bij (1)	Nee→	Een aanvullende verzekering vergoedt mogelijk (een deel van) de kosten. Lees verder bij (2)
Ja ↓		
Is sprake van spoedeisende zorg? Lees verder bij (3)	Ja →	Spoedeisende zorg wordt door elke zorgverzekering bij elk ziekenhuis vergoed. Ga in geval van niet levensbedreigende zorg naar uw huisarts of huisartsenpost.
Nee ↓		
Heeft u een geldige verwijzing van uw huisarts of een specialist? Lees verder bij (4)	Nee→	Zonder verwijzing betaalt u mogelijk zelf voor de behandeling, of wordt u niet behandeld voordat u een verwijzing heeft. Informeer bij uw verzekering.
Ja ↓		
Is deze behandeling door uw verzekering gecontracteerd bij het Dijklander ziekenhuis? Let extra op bij goedkope verzekeringen! Lees verder bij (5)		U betaalt een deel van de kosten zelf. Lees verder bij (6)
Ja ↓		
Heeft u een verzekering met een verhoogd eigen risico afgesloten?	Nee→	U betaalt zelf in 2021 de eerste 385 euro aan zorg die onder de basisverzekering valt. Dit is het verplichte eigen risico. Lees verder bij (7)
Ja ↓		
Afhankelijk van uw verzekering betaalt u het eerste deel van de zorg die onder de basisverzekering valt. Dit eigen risico is in 2021 minimaal 385 euro en maximaal 885 euro. Lees verder bij (7)		

Controleer altijd uw verzekering voordat u naar het ziekenhuis gaat

Informeer vóór bezoek aan het ziekenhuis eerst bij uw verzekering of een contract met het Dijklander Ziekenhuis is afgesloten.

Kijk ook in de voorwaarden of de kosten van uw behandeling worden vergoed. Als u er niet helemaal uitkomt, of twijfelt, neem dan altijd contact op met uw zorgverzekering, dat voorkomt verrassingen achteraf.

1. Welke behandelingen en onderzoeken worden vergoed?

Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Maar niet alle behandelingen en onderzoeken worden vergoed. Of uw zorgverzekering uw behandeling wel of niet vergoedt, is afhankelijk van uw verzekering, of een machtiging voor de behandeling nodig is, en of er een medische noodzaak voor uw behandeling is.

Het basispakket van uw zorgverzekering vergoedt veelgebruikte geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. De meeste ziekenhuiszorg valt onder de basisverzekering. Om zeker te weten of uw behandeling onder de basisverzekering valt kunt u uw verzekeringspolis raadplegen, óf op de website van uw verzekering kijken, óf deze vraag voorleggen aan uw verzekering.

Zorg zonder een medische noodzaak, bijvoorbeeld cosmetische chirurgie, is altijd uitgesloten van een vergoeding uit de basisverzekering. In sommige gevallen wordt dit vergoed vanuit een aanvullende verzekering.

Als u helemaal niet verzekerd bent, ondanks de wettelijke verplichting, dan moet u de volledige kosten van de behandeling zelf betalen. U betaalt dan meestal eerst een voorschot van de te verwachten kosten.

2. Aanvullende verzekering

Heeft u zorg nodig die niet onder de basisverzekering valt, dan kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Als u een aanvullende verzekering hebt afgesloten, kan het zijn dat deze uw zorg vergoedt, maar meestal valt er weinig ziekenhuiszorg onder aanvullende verzekeringen. Dit kan bijvoorbeeld wel het geval zijn voor een sterilisatie of een medisch noodzakelijke besnijdenis.

3. Is sprake van spoedeisende zorg?

Spoedeisende zorg op de afdelingen Spoedeisende Hulp en Verloskunde is altijd verzekerde zorg, zelfs als uw verzekering voor alle overige zorg geen contract met uw ziekenhuis heeft afgesloten. De kosten komen wel ten laste van uw eigen risico. Is uw situatie niet levensbedreigend, ga dan naar de huisarts of huisartsenpost. De kosten voor een bezoek aan de huisartsenpost vallen onder uw basisverzekering en daarvoor hoeft u geen eigen risico te betalen. De huisartsenpost is 's avonds, in het weekend en op feestdagen geopend, juist op die tijden dat u niet bij uw eigen huisarts terecht kunt. Als het nodig is, verwijst uw huisarts u naar het ziekenhuis.

4. Heeft u een geldige verwijzing?

Een behandeling in het ziekenhuis wordt alleen vergoed na verwijzing. U krijgt die mee van uw huisarts of specialist, maar soms wordt de brief rechtstreeks verstuurd. Vraag in dat geval of het ziekenhuis de brief heeft gekregen. Een verwijzing is maximaal één jaar geldig. In geval van spoedeisende hulp is een verwijzing niet nodig, **zie 3**.

5. Is uw behandeling door uw verzekering gecontracteerd?

Als uw verzekering voor uw behandeling geen contract heeft met het Dijklander Ziekenhuis, dan moet u een deel van de kosten zelf betalen.

Bij elke verzekering kan het voorkomen dat voor bepaalde behandelingen geen contract is afgesloten met een ziekenhuis. Wanneer u een zeer goedkope verzekering heeft afgesloten, kunt u meestal voor uw zorg bij maar een klein aantal ziekenhuizen terecht. Uw verzekering heeft gunstige financiële afspraken gemaakt met deze ziekenhuizen, waardoor u een lagere premie betaalt.

Spoedeisende zorg wordt door elke verzekering bij elk ziekenhuis vergoed, zie 3. Had u vorig jaar wel een verzekering die niet alle zorg vergoed bij het ziekenhuis van uw voorkeur? Lees dan ook de tekst 'Had u vorig jaar een andere verzekering?'.

6. Geen contract met het Dijklander ziekenhuis

Wanneer u besluit om voor uw behandeling naar een ziekenhuis te gaan waarmee uw verzekering geen contract heeft, zal het ziekenhuis de zogenaamde ‘passantenprijs’ in rekening brengen aan u als patiënt of aan de zorgverzekering. Ondanks dat er geen contract is, is uw verzekering wettelijk verplicht om toch een deel van deze kosten te vergoeden. Bij goedkope verzekeringen is het deel dat u zelf moet betalen vaak groter.

De ‘passantenprijzen’ kunt u vinden op de website van het Dijklander ziekenhuis, maar wij adviseren u om contact met het ziekenhuis op te nemen voor meer informatie hierover: bel 0229-208102 of mail naar watbetaalik@westfriesgasthuis.nl.

7. Eigen risico: standaard of verhoogd

Zorgverzekeringen vergoeden een groot deel van de kosten van ziekenhuiszorg.

U betaalt echter altijd een eigen risico. Het eigen risico wordt door de zorgverzekering verrekend met de medische kosten die u maakt.

Hoe hoog uw eigen risico is hangt af van uw verzekering. Voor 2021 is het minimale bedrag voor iedereen vanaf 18 jaar 385 euro per jaar. Mogelijk heeft u een verzekering afgesloten met een hoger eigen risico (zodat u een lagere premie betaalt). In dat geval betaalt u als eigen risico zelf maximaal een bedrag tussen 385 en 885 euro. Het door u afgesloten bedrag aan eigen risico staat op uw verzekeringspolis.

Locatie Enkhuizen

Molenweg 9b
1601 SR Enkhuizen
T. 0228 312 345

Locatie Hoorn

Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn
T. 0229 257 257

Locatie Purmerend

Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T. 0299 457 457

Locatie Volendam

Heideweg 1b
1132 DA Volendam
T. 0229 257 500

Postbus 600, 1620 AR Hoorn

www.dijklander.nl
info@dijklander.nl



FLD-00813-NL 10-05-2021