

Veranderingen in de zorg: stelsel-herziening, identificatieplicht, DBC's

Inleiding

De afgelopen tijd zijn er de nodige veranderingen geweest in de gezondheidszorg in Nederland. Bijvoorbeeld de invoering van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006. Dit heeft voor elke burger gevolgen. Daarnaast dienen patiënten zich per 1 januari 2006 te legitimeren. In deze folder is uitgelegd wat dit voor u als patiënt in het azM inhoudt. Ook is recente informatie opgenomen over de nieuwe financiering met behulp van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). In deze folder wordt op een rijtje gezet wat deze veranderingen inhouden en wat ze betekenen voor uw behandeling in het academisch ziekenhuis Maastricht (azM). Deze informatie is ook te vinden op onze website: www.azm.nl/patienten/. Kijk onder 'Patiënten en bezoekers', onderaan de linker kolom klikt u 'DBC-prijzen' aan. Achter in de folder is aangegeven bij wie u terecht kunt voor meer informatie.

Het nieuwe zorgstelsel

Het nieuwe zorgstelsel maakt geen onderscheid meer tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering. Er is één basisverzekering die voor iedereen gelijk is, deze is hetzelfde als het ziekenfondspakket. Daarnaast kan iedereen zich aanvullend verzekeren. In de nieuwe situatie kan het zo zijn dat u bij uw 'oude' verzekeraar bent gebleven. Mogelijk hebt u bij een andere zorgverzekeraar uw (aanvullende) verzekering afgesloten of bent u er nog niet uit.

Als u in Nederland woont of in loondienst werkt, moet u voor 1 mei 2006 definitief een zorgverzekering hebben gekozen. Mocht u niet verzekerd zijn, dan riskeert u een boete. Ouders moeten ook hun kinderen verzekeren. Bent u niet verzekerd en kunt u zich niet legitimeren (zie verderop in deze folder), dan kunt u toch in aanmerking komen voor medische zorg door de kosten van de medische zorg vooraf contant te betalen.

Wat betekent het nieuwe zorgstelsel voor u?

Iedereen heeft hetzelfde recht op zorg. Het wettelijk vastgestelde basispakket komt overeen met het voormalige ziekenfondspakket. U blijft met het nieuwe basispakket verzekerd voor dezelfde zorg als u gewend bent. Verder

kunt u zelf bepalen in hoeverre en bij welke zorgverzekeraar u een aanvullende verzekering afsluit. Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg vallen nagenoeg volledig binnen de basisverzekering.

Mocht u veranderen van zorgverzekeraar, dan kan het zijn dat uw eventueel aanvullende verzekering niet meer dezelfde kosten dekt als voorheen. Houdt u daarom goed in de gaten voor welke zaken u verzekerd bent. Ondergaat u binnenkort een behandeling in het azM, kijk of vraag dan voor de zekerheid even na bij uw zorgverzekeraar welke kosten gedekt worden en welke niet. Voor de volledigheid merken wij op dat klassenverpleging met ingang van 1 januari 2006 door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is afgeschaft.

Uw factuur

U heeft bij het bepalen van uw verzekeringspolis kunnen kiezen uit twee hoofdvormen: de naturapolis of de restitutiepolis. Bij een naturapolis hebt u recht op zorg bij zorgaanbieders met wie uw verzekeraar een contract heeft. De kosten worden rechtstreeks door de verzekeraar aan het ziekenhuis vergoed. U krijgt geen rekening en hebt weinig administratieve rompslomp. Deze polis lijkt op de ziekenfondspolis. De restitutiepolis komt overeen met de werking van de meeste voormalige particuliere verzekeringen. Hierbij kunt u zelf uw zorgaanbieder kiezen, maar moet u in principe de rekening van de zorgaanbieder eerst zelf betalen voordat u de kosten door uw zorgverzekeraar vergoed krijgt. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, bijvoorbeeld het ziekenhuis, kunnen wel afspreken dat de zorgverzekeraar de rekening rechtstreeks aan het ziekenhuis betaalt.

Het azM streeft ernaar, evenals alle andere grote zorginstellingen in Nederland, om het feit dat u als patiënt verzekerd bent, zoveel mogelijk rechtstreeks met de zorgverzekeraars vast te stellen. Ook wil het azM de rekening van uw behandeling zoveel mogelijk rechtstreeks met uw zorgverzekeraar afhandelen. In dat geval zal de zorgverzekeraar u informeren. In sommige gevallen krijgt u toch zelf een rekening thuis, bijvoorbeeld omdat u voor (een deel van) de behandeling niet verzekerd bent of omdat het ziekenhuis niet heeft kunnen vaststellen dat u verzekerd bent.

Zoals verderop uitgelegd in deze folder wordt per diagnose slechts één DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) gedeclareerd.

Voor sommige behandelingen (bijvoorbeeld esthetische plastische chirurgie) zal het ziekenhuis u vragen vooraf te betalen. Pas als uw betaling is ontvangen kan de behandeling starten.

De identificatieplicht

Vanaf 1 januari 2005 moet iedere Nederlander van 14 jaar en ouder zich kunnen legitimeren op grond van de Wet Identificatieplicht. Sinds 1 januari 2006 moeten ook patiënten zich in alle Nederlandse ziekenhuizen kunnen legitimeren. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet Lees meer op www.eerstekamer.nl

Waarom een identificatieplicht?

Er zijn twee belangrijke redenen voor het invoeren van een identificatieplicht voor patiënten. Het komt namelijk voor dat patiënten gebruik maken van de verzekeringspas van een andere patiënt. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid zowel van de patiënt die op dat moment wordt behandeld als van degene van wiens verzekeringspas gebruik wordt gemaakt. Bij allebei vindt immers geen correcte verslaglegging in het juiste medisch dossier plaats. Een andere reden is dat de kosten van medische zorg van de niet-verzekerde patiënt op deze manier ten onrechte ten laste van de ziektekostenverzekeraar en/of de verzekerde patiënt komen. Er is dan sprake van fraude.

Voor wie geldt dit?

De identificatieplicht geldt voor iedereen die gebruik maakt van de medische zorg binnen het azM. De identificatieplicht geldt niet voor:

- kinderen onder de 14 jaar. Zij hoeven in de huidige wetgeving geen legitimatiebewijs bij zich te dragen. Om gezondheidsrisico's te vermijden als gevolg van gebruik van verzekeringspassen van andere kinderen en ter controle of het kind is verzekerd, zal wel gevraagd worden naar de verzekeringspolis of het pasje.

Legitimeren in het azM?

Geldig paspoort, geldige identiteitskaart, geldig vreemdelingendocument, geldig rijbewijs.

Welke gegevens moet u meenemen bij uw bezoek?

Legitimatiebewijs (zoals hierboven genoemd), zorgverzekeringsbewijs, en uw verwijfsbrief.

Niet verzekerd en geen legitimatiebewijs?

Bent u niet verzekerd en heeft u geen

legitimatiebewijs, dan kunt u toch in aanmerking komen voor medische zorg door de kosten van de medische zorg vooraf contant te betalen.

U bent voor het eerst in het azM

Wanneer u voor het eerst gebruik maakt van de zorg van het azM, dient u zich eerst te laten inschrijven bij de patiënten- en verblijfsregistratie op het poliplein. Als de persoonsgegevens van het legitimatiebewijs en het verzekeringsbewijs (een pasje of polisblad) met elkaar overeenkomen, wordt u ingeschreven en krijgt u een patiëntnummer en een patiëntenplaatje.

U komt binnen via de Spoedeisende Hulp (SEH)

Wanneer u zich meldt op de SEH voor spoedeisende hulp, wordt u ingeschreven als de persoonsgegevens van het legitimatiebewijs

en verzekeringsbewijs overeenkomen. Bij patiënten die geen geldig legitimatiebewijs kunnen laten zien is het mogelijk dat de behandeling wordt geweigerd of uitgesteld of wordt betaling vooraf vereist.

Bij patiënten die niet verzekerd zijn en/of zich niet kunnen legitimeren wordt uitsluitend de op dat moment noodzakelijke medisch noodzakelijke zorg verricht.

Wijziging persoonsgegevens

Bent u momenteel bij het azM onder behandeling of staat u op een wachtlijst, dan verzoeken wij u om wijzigingen in uw persoonsgegevens (zoals verhuizing of verandering van huisarts of zorgverzekering) telefonisch door te geven. U belt dan met de patiënten- en verblijfsregistratie van het azM (telefoon: 043-3876833 of 3876834).

Het azM rekent op uw medewerking!

DBC's en marktwerking in de zorg

Per 1 januari 2005 is de ziekenhuiszorg in Nederland over gegaan op een nieuw financieringssysteem: de zogenoemde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC is een code waarmee ziekenhuizen diagnoses en behandelingen registreren die bij een bepaalde gezondheidsklacht horen. Ziekenhuizen mogen een bepaald tarief in rekening brengen voor DBC's. Aan een groot deel van de DBC's (het zogenoemde segment A) is door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) een tarief toegekend. De rest van de DBC's (segment B) heeft slechts ten dele een vast tarief; het overige deel is 'onderhandelbaar'.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil dat ziekenhuizen en medisch specialisten efficiënter en prijsbewuster werken. Ziekenhuizen kunnen namelijk met elkaar gaan concurreren op basis van prijs en kwaliteit. Op deze manier wordt marktwerking in de zorg gestimuleerd. Het ministerie wil dat er op den duur over steeds meer DBC's onderhandeld wordt.

Wat betekent dit voor u?

Het azM heeft met verschillende zorgverzekeraars afspraken gemaakt over behandelingen in het al eerder genoemde B-segment. U kunt dit nalezen op onze website www.azm.nl/patiënten Zou u in het azM een behandeling willen ondergaan die in het B-

segment valt, dan is het belangrijk te weten of uw zorgverzekeraar over deze behandeling een contract heeft afgesloten met het azM.

Wij raden u daarom aan om zelf eerst bij uw zorgverzekeraar na te gaan of deze de behandelingskosten in het azM vergoedt.

Onverzekerde zorg of onder voorwaarden verzekerde zorg

Enkele DBC's zijn uitgesloten in de basisverzekering. Dit is wettelijk zo bepaald. U kunt voor deze behandeling géén aanspraak maken op vergoeding door uw zorgverzekeraar, tenzij de behandeling wordt vergoed uit een aanvullende verzekering. Voor sommige behandelingen (bijvoorbeeld esthetische plastische chirurgie) zal het ziekenhuis u vragen vooraf te betalen. Pas als uw betaling is ontvangen kan de behandeling starten. Voorbeelden van deze DBC's zijn correcties van verslakte of verlamde bovenoogleden, correcties van de oorstand, vetschortoperatie, besnijdenis en sterilisatie van man of vrouw.

Voor sommige DBC's geldt dat er onder voorwaarden aanspraak is op vergoeding via de basisverzekering. Deze DBC's worden door de zorgverzekeraar vergoed mits deze behandeling strikt medisch noodzakelijk is.

Hiertoe is voorafgaand aan de behandeling altijd toestemming van uw verzekeraar nodig. Deze toestemming wordt gegeven in de vorm van een machtiging. De behandelend specialist vult een dergelijke machtigingsaanvraag in die u vervolgens zelf bij uw verzekeraar indient. Wordt de aanvraag afgewezen, dan wordt de behandeling niet vergoed door de zorgverzekeraar.

Bij twijfel over het wel of niet vergoeden van een behandeling is het dringend advies om voordat u een afspraak maakt in het ziekenhuis altijd eerst contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

Meer informatie

Internet

Op internet vindt u veel informatie over de nieuwe zorgverzekering en DBC's. Kijk op:

www.denieuwezorgverzekering.nl Dit is de website over de nieuwe zorgverzekering van het Ministerie van VWS.

www.toeslagen.nl Op deze website van de Belastingdienst leest u meer over de zorgtoeslag.

www.kiesbeter.nl Op deze website staat een overzicht van alle zorgverzekeraars en hun aanbiedingen. Kiesbeter is gemaakt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van het Ministerie van VWS.

www.npcf.nl Op deze website van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie is informatie opgenomen over het kiezen van de juiste zorgverzekering.

www.consumentenbond.nl Op deze website kunt u via de Productvergelijker Zorgverzekeringen, een vergelijking maken tussen zorgverzekeringen. Op deze manier kunt u kiezen op basis van prijs en kwaliteit. Let op: deze service geldt alleen voor leden van de Consumentenbond.

www.postbus51.nl Op deze site kunt u terecht voor informatie over de nieuwe zorgverzekering en over de DBC's. Heeft u vragen dan kunt u op werkdagen van 9.00 tot 21.00 uur bellen met de Postbus 51 Infolijn. Het telefoonnummer is: 0800-8051. Dit nummer is gratis.

www.dbconderhoud.nl Op deze site van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vindt u informatie over de DBC-

invoering in de Nederlandse ziekenhuizen. www.ctg-zaio.nl Op deze site van de Nederlandse Zorgautoriteit (het zelfstandige bestuursorgaan dat op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg de tarieven en budgetten vaststelt voor vrijwel alle instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg), vindt u informatie over de prijzen van behandelingen waarvoor wettelijk vastgestelde tarieven gelden.

Uw eigen zorgverzekeraar

Voor vragen over de volgende onderwerpen verwijzen wij u door naar uw eigen zorgverzekeraar:

- uw eigen verzekering (basispakket, en/of aanvullende verzekering),
- of behandelingen in het B-segment worden vergoed,
- wat een eventueel boeterisico is als u zich niet verzekert,
- de identificatieplicht azM

Heeft u vragen over DBC's in het azM, kijk op www.azm.nl of bel met de afdeling patiëntencommunicatie. Deze is op werkdagen telefonisch te bereiken tussen 9.00 en 16.30 uur op 043-3874567.

Voor vragen over DBC's of over een reeds van het azM ontvangen factuur, belt u met de afdeling patiëntenadministratie. Op werkdagen belt u tussen 9.00 en 16.30 uur met 043-3871515.

NB. Deze folder wordt regelmatig herzien. Aan deze tekst kunnen daarom geen rechten worden ontleend.

Bereikbaarheid
Bezoekadres:
P. Debyelaan 25, wijk 29, Maastricht
Postadres: Postbus 5800
6202 AZ Maastricht

Algemeen telefoonnummer : 043-387 65 43
<http://www.azm.nl>

Colofon
redactie en coördinatie : patiëntencommunicatie
uitvoering: facilitair bedrijf: drukkerij 23 -0106