

ZIEKENHUISGIDS

Onafhankelijke
Ziekenfondsen



Deze brochure is een uitgave van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Redactie: Bert CORREMANS

Opmaak: Pascale JANSSENS
Leen VERSTRAETE

Tekeningen: O. SAIVE
Foto's: Image Bank

Niets uit deze uitgave mag worden
gereproduceerd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, foto-
kopie, microfilm, website of welk
ander medium dan ook, zonder de
voorafgaande schriftelijke toestem-
ming van de uitgever.

Om praktische redenen werd in de
teksten voornamelijk het mannelijke
genus gebruikt. Uiteraard kan hij, zijn
of hem ook als zij of haar gelezen
worden.

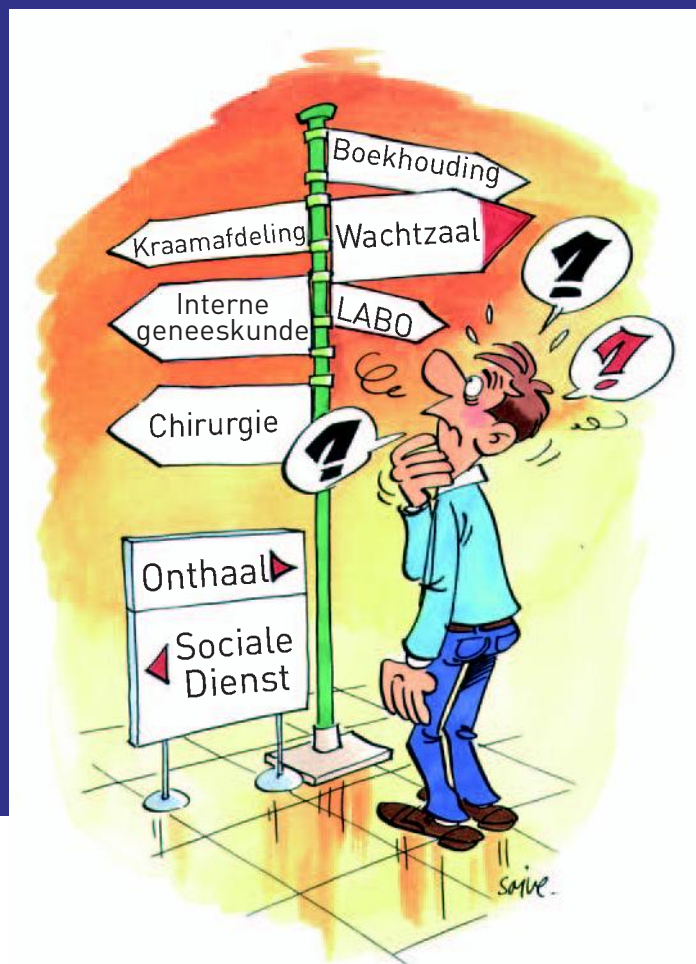
Bij de redactie is rekening gehouden
met de reglementering tot 15 januari
2006. De vermelde bedragen gelden
voor 2006 tot een volgende indexe-
ring of verhoging.

Verantwoordelijke uitgever:
Pascal MERTENS
Landsbond van de Onafhankelijke
Ziekenfondsen
St.-Huibrechtsstraat 19
1150 Brussel.

© Copyright mloz
Brussel, januari 2006

INHOUD

1.	De keuze van het ziekenhuis	7
2.	Aangifte van arbeidsongeschiktheid	8
3.	Wat meenemen/meedelen bij een opname?	10
4.	De keuze van de kamer	12
5.	De keuze van de arts	13
6.	Het voorschot	16
7.	Het opnameformulier	17
8.	Het ziekenhuis verlaten	19
9.	Overlijden	21
10.	De facturatie	23
11.	De patiëntfactuur	25
12.	Hoeveel kost een ziekenhuisopname?	37
13.	Hospitalisatieverzekering	41
14.	Verzekerde met verhoogde tegemoetkoming	44



Ziekenhuisgids

Niemand gaat voor zijn plezier naar een ziekenhuis. Meestal gaat het om gezondheidsproblemen die dringende zorg vereisen. Eens in een ziekenhuisbed is het te laat om zich vragen te stellen over de wijze waarop het verblijf zal verlopen en over de factuur die men zal ontvangen.

Om onprettige verrassingen te vermijden, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen het initiatief genomen een ziekenhuisgids samen te stellen met een waaier aan inlichtingen en praktische tips.

Niet alle aspecten worden behandeld. De materie is complex en de gang van zaken kan verschillen naargelang het ziekenhuis. De voornaamste etappes van een verblijf worden chronologisch op een rij gezet, gaande van de keuze van de arts en het ziekenhuis tot het ontslag en herstel.

Heb je vragen of problemen? Aarzel niet je ziekenfonds te contacteren.

1. DE KEUZE VAN HET ZIEKENHUIS

In principe is de keuze van een ziekenhuis volledig vrij. Een arts kiezen zal de keuze van het ziekenhuis echter beïnvloeden. Een arts kan immers niet in om het even welk ziekenhuis ingrepen of onderzoeken uitvoeren.

Je kan je bij de keuze van het ziekenhuis laten leiden door de raad van je behandelende geneesheer, maar niets verplicht je die te volgen.

Je regelt zelf de keuze en reservering van de kamer. Een arts regelt met een ziekenhuis alleen de (voorzien) opnamedatum en treft de nodige schikkingen voor onderzoeken of een ingreep (bijv. reservering operatiekwartier, afspraak anesthesie).

Om onaangename verrassingen te vermijden, informeer je je het best vooraf over de prijs van het verblijf en de erelonen van de artsen in het door jou gekozen ziekenhuis.

• Ambulancevervoer na oproep van de dienst 100

Bij een vervoer dat volgt op een oproep van de dienst 100 heb je geen vrije keuze van ziekenhuis. Je wordt vervoerd naar een ziekenhuis dat deel uitmaakt van het 100-circuit en voldoende is uitgerust. Het gaat dus niet noodzakelijk om het dichtstbij gelegen ziekenhuis.

De kosten van het 100-vervoer zijn ten laste van de patiënt.

Er is geen tegemoetkoming in de ziekteverzekering.

Het ziekenfonds betaalt het 100-vervoer geheel of gedeeltelijk terug via de aanvullende verzekering.

Ook hospitalisatieverzekeraars kunnen voorzien in een vergoeding voor 100-vervoer. Kijk de polis erop na.

Ziekenwagenvervoer na oproep 100 - Tarieven voor 2006	
Forfait per rit (1 tot 10 km)	51,56 euro
Vanaf de 11de km	+ 5,21 euro/km
Vanaf de 21ste km	+ 3,97 euro/km

De 100-tarieven gelden zowel voor ziekenvervoer dat vertrekt van bij je thuis als vanop de openbare weg.

Betaal nooit vervoerskosten voor een MUG (Medische Urgentie Groep) die mogelijk samen met de 100-ambulance ter plaatse komt: die zijn ten laste van het ziekenhuis dat de wagen stuurt.

• Ambulancevervoer zonder oproep van de dienst 100

Voor ziekenvervoer waarbij je de ambulancedienst rechtstreeks contacteert, heb je vrije keuze van ziekenhuis. Voor dit type van vervoer gelden de hogervermelde 100-tarieven niet. De tarieven worden vrij bepaald en kunnen verschillen van vervoersdienst tot vervoersdienst. In het Waals Gewest gelden maximumtarieven.

De vrije keuze van ziekenhuis is niet absoluut als je al verblijft in een ziekenhuis. Indien je medische toestand dat toelaat, vormt een overbrenging naar een ziekenhuis van je keuze veelal geen probleem. Een transfer naar een ander ziekenhuis kan echter noodzakelijk zijn om medische of technische redenen, zodat de vrije keuze relatief wordt. Transferkosten zijn ten laste van de patiënt. Op die regel gelden twee uitzonderingen, waarbij de vervoerskosten ten laste vallen van het vertrekziekenhuis en niet aan de patiënt mogen worden doorgerekend:

- een vervoer tussen verschillende sites van eenzelfde fusieziekenhuis;
- een vervoer heen en terug, dezelfde dag, tussen twee ziekenhuizen voor een aanvullend onderzoek of een behandeling die in het eerste ziekenhuis niet mogelijk is.

De kosten van ambulancevervoer zijn ten laste van de patiënt.

Er is geen tegemoetkoming in de ziekteverzekering, behalve voor ambulante chemo-/radiotherapie en dialyse.

Het ziekenfonds betaalt ambulancekosten meestal wel (gedeeltelijk) terug via de aanvullende verzekering.

Ook hospitalisatieverzekeraars kunnen voorzien in een vergoeding voor ambulancevervoer.

Wie in orde is met de aanvullende verzekering kan een beroep doen op de dienst "niet-dringend vervoer per ziekenwagen" als hij of zij naar een ziekenhuis moet voor een onderzoek of naar huis na een hospitalisatie. De kilometerprijzen voor een wagen via deze dienst liggen gevoelig lager dan de gangbare tarieven. Bel het gratis nummer 0800/97 700 om het vervoer te regelen.

Mogelijk organiseert het ziekenfonds nog goedkoper vervoer via vrijwilligers. Het kan nuttig zijn eerst het ziekenfonds te contacteren alvorens het gratis nummer te bellen.

2. AANGIFTE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Wie opgenomen wordt in een ziekenhuis, kan niet meer werken en wordt arbeidsongeschikt.

Wie arbeidsongeschikt wordt en voldoet aan de voorwaarden, kan bij het ziekenfonds terecht voor een vervangingsinkomen: de zogeheten uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

Die ziekenfonduitkering krijg je niet zomaar. Er komt nogal wat administratie bij kijken. Tijdig het nodige doen en vooral niets vergeten is de boodschap.

Zelfstandigen en werklozen moeten in geval van arbeidsongeschiktheid alleen de adviserend geneesheer van het ziekenfonds verwittigen.

Werklozen moeten er wel op letten dat ze hun controlekaart correct invullen.

Werknemers moeten naast het ziekenfonds ook de werkgever verwittigen.

De werkgever op de hoogte brengen

De werkgever moet verwittigd worden zoals bepaald in het arbeidscontract, het arbeidsreglement of een collectieve arbeidsovereenkomst (CAO).

Als algemene regel geldt dat de werkgever onmiddellijk, d.w.z. de dag zelf, op de hoogte moet worden gebracht van de arbeidsongeschiktheid.

Veelal zal de werkgever ook eisen dat er een medisch getuigschrift wordt bezorgd. Het arbeidsreglement of de CAO bepalen de termijn daarvoor. Als er geen termijn is bepaald, moet het getuigschrift bezorgd worden binnen twee werkdagen.

De adviserend geneesheer van het ziekenfonds op de hoogte brengen

Je bezorgt de adviserend geneesheer een door de behandelende arts ingevuld document dat 'getuigschrift van arbeidsongeschiktheid' heet.

Je hebt van het ziekenfonds enkele voorgedrukte exemplaren gekregen en je kan altijd nieuwe aanvragen.

Het document kan je het best versturen via de post, de poststempel geldt als bewijs. Stop het nooit in de brievenbus van je plaatselijke ziekenfondskantoor en ga het daar ook niet afgeven. Het document (laten) afgeven in ruil voor een ontvangstbewijs kan alleen op het adres dat vermeld staat op het document.

De adviserend geneesheer van het ziekenfonds moet de aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen binnen welbepaalde termijnen die verschillen naargelang je statuut.



De onderstaande tabel geeft de **uiterlijke termijn** aan, uitgedrukt in kalenderdagen te rekenen vanaf de dag waarop de arbeidsongeschiktheid aanving.

Termijn voor aangifte van arbeidsongeschiktheid			
3 dagen	14 dagen	28 dagen	29 dagen
Werkloze	Arbeider	Bediende	Zelfstandige
Andere categoriën(*)			
Herval (na een werkhervatting terug arbeidsongeschikt worden binnen de 14 dagen)			

(*) o.a. de personen die op de dag waarop ze arbeidsongeschikt worden niet of niet meer verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst en die geen werkloze zijn (bijv. "in opzeg").

De verzekeraar op de hoogte brengen

Indien de arbeidsongeschiktheid en de opname het gevolg zijn van een ongeval, moet je de betrokken verzekeringsmaatschappij verwittigen.

Je moet ook het ziekenfonds melden dat je arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval. Het ziekenfonds zal je een ongevalsaangifteformulier bezorgen dat je moet invullen en terugsturen.

Indien je een hospitalisatieverzekering hebt afgesloten waarvan de polis bepaalt dat je de verzekeraar moet verwittigen van de ziekenhuisopname, moet je het nodige doen volgens de voorgeschreven aangifteprocedure of -formulieren.

3. WAT MEENEMEN/MEEDELEN BIJ EEN OPNAME?

Administratief

- SIS-kaart & identiteitskaart.
Aan de hand van de SIS-kaart kan het ziekenhuis je verzekeringsstatuut bij het ziekenfonds verifiëren. Het ziekenhuis moet zich normaliter van je identiteit vergewissen door de gegevens op de SIS-kaart te vergelijken met die op je identiteitskaart.
Vraag je ziekenfonds om de SIS-kaart te checken, om er zeker van te zijn dat ze in orde is en blijft.
- Identificatiegegevens hospitalisatieverzekering.
Je moet deze gegevens alleen meedelen als je een verzekering hebt die het factuursaldo ten laste van de patiënt rechtstreeks met het ziekenhuis regelt. Veelal beschik je in dat geval over een kaart, afgeleverd door de verzekeraar. Als de voorwaarden van de verzekeringspolis dat toelaten, doe je er goed aan de arts of het ziekenhuis niet te melden dat je een hospitalisatieverzekering hebt afgesloten. Anders gaan niet zelden de supplementen de hoogte in.
- Identificatiegegevens ongevalsverzekering.
Indien de opname het gevolg is van een ongeval kan het ziekenhuis rechtstreeks de kosten met de verzekeraar afrekenen.
- Identificatiegegevens huisarts en verwijsarts.
- Identificatiegegevens van de contactpersoon tot wie men zich moet wenden tijdens het verblijf
- Keuze omtrent de gewenste filosofische, morele, religieuze begeleiding, en de eventuele voedings- en andere voorschriften die eruit volgen.

Medisch

- Verwijsbrief en eventuele andere stukken van je huisarts of een andere behandelende arts (zoals protocollen, clichés medische beeldvorming, analyseresultaten,...).
- Bloedgroepkaart, vaccinatiekaart
- Lijst van geneesmiddelen die je neemt
- Documenten die waarschuwen voor het risico op allergie
- Dieetvoorschriften
- Lijst met aard en tijdstip van vroegere ingrepen en doorgemaakte aandoeningen
- Informed consent-document

Informed consent

Elke patiënt heeft het recht om vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst. Dat kan een medisch onderzoek zijn, een heelkundige ingreep of de beslissing om een behandeling stop te zetten.

De toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven, behalve als ze kan afgeleid worden uit de gedragingen van de patiënt nadat hij voldoende werd geïnformeerd. De toestemming kan schriftelijk worden vastgelegd en toegevoegd worden aan het patiëntendossier.

Toestemming geven veronderstelt dat men voldoende informatie heeft gekregen en begrepen. Voor die 'geïnformeerde toestemming' gebruikt men in het vakjargon de term 'informed consent'.

De patiënt moet informatie krijgen over:

- het doel van de tussenkomst
- de aard van de tussenkomst
- de graad van urgentie
- de duur
- de frequentie
- de relevante tegenindicaties
- de nevenwerkingen en risico's
- de nazorg
- de mogelijke alternatieven
- de financiële gevolgen
- de mogelijke gevolgen bij weigering/intrekking van de toestemming

De informatie wordt vooraf en tijdig verstrekt. De patiënt moet in staat zijn een 'second opinion' in te winnen. De informatie moet op een duidelijke manier meegedeeld worden. De patiënt kan erom verzoeken dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd of wordt meegedeeld aan een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Elke patiënt kan weigeren geïnformeerd te worden.

Persoonlijk

- Aangepaste kleding en toiletartikelen, pen en papier, lectuur, ...
Laat waardevolle dingen thuis. Een ziekenhuis is niet verantwoordelijk voor diefstal of verlies van waardevolle voorwerpen. Meestal wordt dat vooraf aangekondigd met het advies dat het ziekenhuis ze veilig voor je kan bewaren.
- Laat je gsm thuis, veelal is het gebruik ervan verboden in ziekenhuizen.
- Neem niet te veel geld mee.



Bewaargeving, zaakwaarneming

Hoewel een ziekenhuis niet verantwoordelijk kan gesteld worden voor verlies of diefstal, rust er op ziekenhuizen wél een bewaarnemingsplicht voor voorwerpen die aan de patiënt toebehoren.

Men zal zich pas in een situatie van bewaargeving bevinden wanneer de patiënt in een toestand verkeert waarin hijzelf niet kan instaan voor het beheer van zijn bezittingen.

Vaak gaat het om patiënten die bij opname niet bij vol bewustzijn zijn, of betreft het patiënten die bezittingen moeten achterlaten in een onderzoeksruimte.

Het personeel is ertoe gehouden een bepaalde procedure na te leven om goederen van patiënten veilig op te bergen, te bewaken en terug te geven.

Vraag het ziekenhuis om een onthaalbrochure waarin je allerlei informatie kan vinden over de instelling en de huisregels. Lees ze indien mogelijk vóór je wordt opgenomen.

4. DE KEUZE VAN DE KAMER

Bij de opname in een ziekenhuis heb je de keuze uit 3 soorten kamers:

- gemeenschappelijke kamers
- tweepersoonskamers
- eenpersoonskamers

De keuze van de kamer heeft geen invloed op de kwaliteit van de verzorging. Zij heeft wel een invloed op de prijs van de kamer en de honoraria van de geneesheren.

Je maakt je kamerkeuze bekend op het opnameformulier.

Kamersupplementen

Supplement kamer	
Gemeenschappelijke kamer	Je betaalt geen supplement
Tweepersoonskamer	Je betaalt een supplement van maximum 20,11 euro/dag
Eenpersoonskamer	Je betaalt een supplement waarvan het bedrag door het ziekenhuis is vastgesteld (in de praktijk van 5 tot 180 euro/dag)

Naast een persoonlijk aandeel, dat eenieder betaalt onafhankelijk van de keuze van de kamer, betaal je een supplement voor de kamer indien je hebt gekozen voor een twee- of een eenpersoonskamer.

De kamersupplementen staan vermeld op het opnameformulier.

Het ziekenfonds kan je de kamersupplementen in ziekenhuizen meedelen.

Je kan ook surfen naar www.mloz.be. Onder 'Supplementen ziekenhuizen' in het menu 'Tools' vind je een bestand met zowel de voorschotten, de kamersupplementen en de aangekondigde maximumereloonsupplementen in elk Belgisch ziekenhuis.

Bij de keuze van een eenpersoonskamer heeft elke geneesheer, verbonden of niet, het recht zijn ereloon vrij vast te stellen. De maximale honorariumsupplementen die je kunnen aangerekend worden, staan vermeld op het opnameformulier.

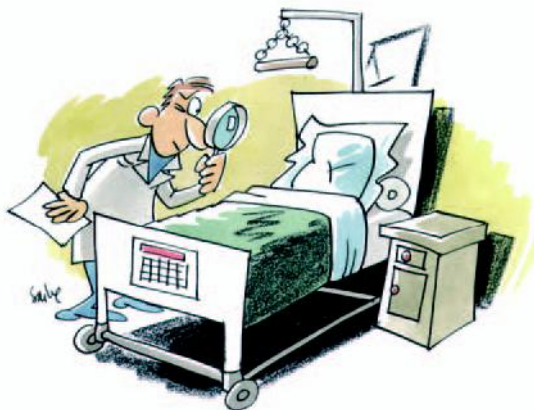
Verbod op kamersupplementen

Er mag geen kamersupplement aangerekend worden als je verblijft in een **eenpersoonskamer**:

- om gezondheidsredenen
- omdat de technische voorwaarden van onderzoek, behandeling of toezicht dit vereisen
- omdat er geen tweepersoonskamers of gemeenschappelijke kamers beschikbaar zijn
- wanneer je buiten je wil wordt opgenomen op een eenheid intensieve zorg of spoedgevallenzorg

Er mag geen kamersupplement aangerekend worden als je verblijft in een **tweepersoonskamer**:

- omdat er geen gemeenschappelijke kamers beschikbaar zijn
- wanneer je buiten je wil wordt opgenomen op een eenheid intensieve zorg of spoedgevallenzorg



5. DE KEUZE VAN DE ARTS

Iedereen mag zich door een geneesheer naar keuze laten behandelen.

Bij een opname in een ziekenhuis gaat de keuze van geneesheer vrijwel altijd gepaard met de keuze van het ziekenhuis. Naast de specialiteit en de faam van de geneesheer kan ook het verbintenisstatuut van geneesheren belangrijk zijn bij de keuze.

Verbintenisstatuut

De ziekenfondsen gaan verbintenissen aan met de verschillende beroepsgroepen en instellingen in de gezondheidszorg. Die verbintenissen bepalen een aantal wederzijds te respecteren regels, waaronder niet onbelangrijke prijsafspraken.

De verbintenis tussen de ziekenfondsen en de artsen wordt in vaktermen de 'medicomut' geheten, of nog het akkoord artsen- ziekenfondsen. In dat akkoord worden o.a. de honorariumtarieven vastgelegd.

Artsen kunnen weigeren om tot een akkoord toe te treden.

Artsen die van die mogelijkheid gebruik maken, noemen we niet-verbonden of niet-geconventioneerde artsen.

Artsen die wel toetreden, noemen we verbonden of geconventioneerde artsen. Als ze hun toetreding beperken, spreken we van gedeeltelijk verbonden artsen.

Aantal niet verbonden artsen in %		
Periode	Huisartsen	Specialisten
1999 - 2000	14,5 %	17,3 %
2001 - 2002	11,9 %	17,2 %
2003	15,8 %	19,6 %
2004 - 2005	15,9 %	18,2 %
2006 - 2007	[*]	[*]

(*): Er is een nieuw akkoord afgesloten op 20 december 2005, geldig tot 31 december 2007. Het aantal niet-verbonden artsen was nog niet gekend bij het afsluiten van de redactie. Traditioneel wijken de cijfers weinig af van voorgaande jaren.

Verbonden geneesheren, zowel de volledig als gedeeltelijk verbonden, moeten de verbintenistarieven respecteren voor patiënten in twee- en meerpersoonskamers. Zij mogen ereloonsupplementen aanrekenen aan patiënten in een eenpersoonskamer.

Niet-verbonden geneesheren mogen ereloonsupplementen aanrekenen ongeacht de door de patiënt gekozen kamer, maar zij moeten de tarieven respecteren op twee- en meerpersoonskamers voor patiënten met:

- de verhoogde tegemoetkoming;
- het forfait chronisch zieken;
- de tegemoetkoming incontinentiemateriaal;
- de tegemoetkoming palliatieve zorg of die opgenomen zijn in een ziekenhuisdienst palliatieve zorg;
- een tegemoetkoming voor gehandicapten;
(uitz. integratietegemoetkoming cat. 3-4 met vermindering wegens inkomsten)
- verhoogde kinderbijslag.

De tabel geeft enkel het algemene principe en houdt geen rekening met het verbod op ereloonsupplementen zoals bepaald bij wet, akkoord of overeengekomen tussen de arts en het ziekenhuis.

Ereloonsupplementen mogelijk bij een ziekenhuisverblijf		
Type kamer	Verbonden arts	Niet-verbonden arts
Gemeenschappelijke kamer	Neen	Ja
Tweepersoonskamer	Neen	Ja
Eenpersoonskamer	Ja	Ja



Hoe weet je of een arts al dan niet verbonden is?

De verbonden en gedeeltelijk verbonden artsen moeten in de wachtkamers, het ontvangstlokaal of het inschrijvingslokaal een document afficheren, waarop vermeld staat op welke dagen en uren ze het akkoord respecteren.

Die verplichting wordt weinig nagekomen (slechts door 1 op 5) en bovendien geldt ze niet voor niet-verbonden geneesheren. Overigens is die regeling in de praktijk enkel haalbaar bij ambulante consultaties en niet bij een ziekenhuisopname. Als patiënt ben je hier dus weinig mee geholpen.

Het ziekenhuis moet een lijst met het verbintenisstatuut van de geneesheren (verbonden of niet) kunnen voorleggen. Je kan die lijst raadplegen op aanvraag. De lijst is alleen verplicht in ziekenhuizen die ereloonsupplementen aankondigen op meerpersoonskamers en ziekenhuizen die verschillende ereloonsupplementen hanteren op eenpersoonskamers naargelang de arts al dan niet verbonden is.

Het ziekenfonds kan je meedelen of een bepaalde geneesheer al dan niet verbonden is. Het volstaat dat je de naam en voornaam of het identificatienummer van de geneesheer kent.

Je kan natuurlijk ook de arts zelf om inlichtingen vragen.

Wat is een ereloonsupplement?

Alle door het ziekenfonds terugbetaalde verstrekkingen zijn terug te vinden in de zgn. 'Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen'. Voor elke opgenomen verstrekking is een prijs, een tarief overeengekomen: het '**verbintenis**tarief'.

Voor de meeste geneeskundige verstrekkingen is de terugbetaling door het ziekenfonds dezelfde als het (verbintenis)tarief. In een aantal gevallen ligt de terugbetaling door het ziekenfonds lager dan het tarief. Het deel dat je uit eigen zak betaalt, noemt men **het remgeld**, of het **persoonlijk aandeel**. Het gedeelte dat je bovenop het tarief wordt aangerekend, is een **ereloonsupplement**. Ereloonsupplementen worden veelal uitgedrukt in een percentage.

Onder een ereloonsupplement van 100% moet verstaan worden dat de patiënt eenzelfde bedrag wordt aangerekend als het verbintenis tarief.

Hoe ken je de maximumereloonsupplementen die artsen je kunnen aanrekenen?

Het ziekenhuis moet je inlichten over de ereloonsupplementen die je kunnen aangerekend worden: de maxima per kamertype staan vermeld op het opnameformulier. Mogelijk vind je die informatie ook op de webstek van het ziekenhuis.

Het ziekenfonds kan je de ereloonsupplementen in ziekenhuizen meedelen.

Je kan ook surfen naar www.mloz.be. Onder 'Supplementen ziekenhuizen' in het menu 'Tools' vind je een bestand met zowel de voorschotten, de kamersupplementen en de aangekondigde maximumereloonsupplementen in elk Belgisch ziekenhuis.



6. HET VOORSCHOT

Bij een opname in een ziekenhuis mag er een voorschot worden gevraagd.

Het ziekenhuis mag het bedrag van het voorschot zelf bepalen, maar mag niet meer vragen dan de maxima in de onderstaande tabel.

Er mag een nieuw voorschot gevraagd worden voor elke nieuwe verblijfsperiode van 7 dagen. Ook in dit geval blijven de ondervermelde maxima van kracht.

Maximumvoorschotten bij ziekenhuisopname		
Verzekerde	Gemeenschappelijke kamer	Tweepersoons- en eenpersoonskamer
Gewone verzekerde	150 euro	150 euro verhoogd met 7 maal het supplement voor de kamer
<ul style="list-style-type: none">• verzekerde met verhoogde tegemoetkoming• de kinderen persoon ten laste van de gewone verzekerde	75 euro	75 euro verhoogd met 7 maal het supplement voor de kamer

43% van de algemene ziekenhuizen vraagt een voorschot op tweepersoonskamers. Het maximumvoorschot bedraagt 290,77 euro (bedrag sinds 01-08-2005).

73% van de algemene ziekenhuizen vraagt een voorschot op eenpersoonskamers. Het bedraagt gemiddeld van 304 tot 422 euro naargelang het kamertype, maar kan oplopen tot 1.175 euro (cijfers 2005). Je betaalt minimum 400 euro in een derde van de ziekenhuizen.

Het ziekenhuis kan geen opname tegen de prijs van een gemeenschappelijke kamer weigeren aan patiënten die niet in staat zouden zijn om het voorschot te betalen.

Er mag geen voorschot gevraagd worden bij een behandeling in one day, behalve wanneer je kiest voor een twee- of eenpersoonskamer. In dat geval bedraagt het voorschot maximaal het bedrag van het kamersupplement voor die twee- of eenpersoonskamer.

Vraag steeds een duidelijk ontvangstbewijs als je een voorschot betaalt.

Kijk goed na of het voorschot in mindering werd gebracht op de verblijfsfactuur.

Bedragen die door geneesheren worden gevraagd als voorschot op hun ereloon zijn onwettig. Betaal ze nooit.

Het ziekenhuis kan je de te betalen voorschotten meedelen. Ze staan ook vermeld op het opnameformulier.

Het ziekenfonds kan je voor elk ziekenhuis meedelen welke voorschotten er gevraagd worden.

Je kan ook surfen naar www.mloz.be. Onder 'Supplementen ziekenhuizen' in het menu 'Tools' vind je een bestand met zowel de voorschotten, de kamersupplementen en de aangekondigde maximumereloonsupplementen in elk Belgisch ziekenhuis.

7. HET OPNAMEFORMULIER

Bij een opname in het ziekenhuis moet je een verklaring invullen en ondertekenen, hoofdzakelijk om je kamerkeuze bekend te maken.

De 'Verklaring bij opname in een ziekenhuis', is een document van vier bladzijden met drie informatieblokken. Het is een standaardformulier waarvan niet mag worden afgeweken. Eventuele financiële afspraken, zelfs via andere ondertekende documenten, die strijdig zijn met de bepalingen in het opnameformulier, zijn nietig.

De patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekent het opnameformulier uiterlijk bij de aanvang van de opname. Bij een spoedopname gebeurt dit zodra de patiënt daar fysiek en mentaal toe in staat is. Het ziekenhuis zorgt ervoor dat het document volledig is ingevuld en dat alle bedragen en percentages zijn geactualiseerd. Het zorgt er ook voor dat alle andere gevraagde informatie wordt verstrekt.

In de praktijk bestaan er drie licht verschillende opnameformulieren, te gebruiken naargelang het gaat om:

- een klassieke opname in een algemeen ziekenhuis;
- een daghospitalisatie;
- een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Elke patiënt krijgt een origineel ondertekend exemplaar.

Het ziekenhuis bezorgt een exemplaar met de geldende tarieven aan eenieder die zich vooraf wenst te informeren.

Wat staat er op het opnameformulier?

In het gedeelte **"Financiële voorwaarden"**, vermeldt het ziekenhuis:

- de vaste kosten ten laste van iedere patiënt, ongeacht het kamertype: het persoonlijk aandeel in de vpleegdag, het geneesmiddelenforfait en het remgeld in de forfaitaire honoraria;
- de kosten ten laste van de patiënt, rekening houdend met het kamertype: het kamersupplement per dag in euro en de ereloonsupplementen in procent (of euro).

De informatie in het luik 'Financiële voorwaarden' geeft een idee van een deel van de kosten die je zelf moet betalen maar is geen echt bestek. De volledige kostprijs van een ziekenhuisopname vooraf berekenen is onmogelijk, omdat bij de opname nog niet geweten is hoelang je moet blijven en welke verzorging, ingrepen en geneesmiddelen je nodig zal hebben.

In het deel **"Uw keuze"**, moet je aangeven of je verzorgd wil worden tegen verbintenistarieef dan wel volgens het statuut van de arts.

Verzorging tegen verbintenistarieef betekent dat je nooit ereloonsupplementen aangerekend kan krijgen. De kamerkeuze is dan beperkt tot een kamer met meer dan één bed en mogelijk is de keuze van artsen beperkt.

Verzorging volgens het statuut van de arts betekent dat er wel ereloonsupplementen kunnen aangerekend worden naargelang de kamerkeuze en het verbintenisstatuut van de arts. De keuze van kamer en arts is vrij.

Het ziekenhuis vermeldt naargelang je keuze het te betalen voorschot, het eventuele kamersupplement per dag in euro alsook het eventuele ereloonsupplement in procent of in euro.

In het deel **"Samenvatting van de regels betreffende ereloonsupplementen in het ziekenhuis"** geeft het document een overzicht in welke gevallen een ereloonsupplement verboden dan wel toegelaten is. Je vindt naast de algemene principes ook de talrijke uitzonderingen.

Opmaveerklaring
Bijlage 1 bij het KB van 17 Juni 2004
Model Algemeen Ziekenhuis
Klassieke hospitalisatie
Voorwaarden op 1 januari 2006



Kamerkeuze & financiële voorwaarden

Klassieke hospitalisatie

AZ Groeninge kan u alle uitleg geven over de inhoud en draagwijdte van dit document.
U kan ook bij uw ziekenfonds terecht voor meer informatie,
met name in verband met uw persoonlijke verzekerbaarheidssituatie.
Aarzel niet om contact op te nemen.

Identificatie ziekenhuisinstelling

AZ Groeninge
Reepkaai 4
8500 Kortrijk
71039632

Identificatielever patiënt

versie 01012006

1

SAP nr 26690

LW KEUZE

Ik heb kennis genomen van de financiële voorwaarden en wens te verblijven en te worden verzorgd:

OPWEL tegen verbintenisartef (2). Ik ben er mij van bewust dat mijn vrije artskeuze hierdoor kan worden beperkt.
(A) Ik kies voor:

het tarief van de gemeenschappelijke kamer. Ik betaal als voorschot (8) € 0.

een tweepatiëntenkamer. 1. Ik weet dat het kamersupplement € 9 per dag bedraagt, behalve voor Ten Oever € 0 (3).
2. Ik betaal als voorschot (8) € 0.

OPWEL volgens de verschuldigde statuten van de artsen en ik kies voor:

het tarief van de gemeenschappelijke kamer. 1. Ik weet dat niet-verbonden geneesheren (4) mij een ereloonsupplement van 0 % mogen factureren.
2. Ik betaal als voorschot (8) € 0.

tweepatiëntenkamer. 1. Ik weet dat het kamersupplement € 9 per dag bedraagt behalve voor Ten Oever € 0 (3).
2. Ik weet dat niet-verbonden geneesheren (4) mij een ereloonsupplement van 0 % (5) mogen factureren.
3. Ik betaal als voorschot (8) € 0.

individuele kamer (5). 1. Ik weet dat het kamersupplement € ... per dag bedraagt.
2. Ik weet dat men mij een ereloonsupplement van 100 % mag factureren. (8)
3. Ik betaal als voorschot (8) € 0.

Ik weet dat ik het recht heb om informatie te krijgen over de mogelijke persoonlijke financiële gevolgen (aandest patiënt, supplementen, ...) van mijn keuze.

Ik weet dat ik het recht heb om bij de geneesheer die mij behandelt, informatie te krijgen over de kosten die ik zelf moet betalen voor de te voorzien medische handelingen en ik hou er rekening mee dat bepaalde kosten niet te voorzien zijn.

In geval van overlijden, worden de kosten voor gebruik van het mortuarium die niet in de verzorgingsrijds ingeprezen zijn, aangerekend (zie ook tarievenlijst).

Opmerking: de hierboven vermelde bedragen kunnen geïndexeerd worden. In dat geval kunnen deze tijdens het verblijf wijzigen. De bedragen worden u ook medegedeeld naar gelang u tot een wetelijk staal van ziekte- en invaliditeitsverzekering behoort. In geval van wijziging van opname binnen dit staal, zullen de bedragen die men u zal aanrekenen, duidelijk hoger zijn.

Voor bijkomende informatie kan u steeds terecht bij de kasdienst of de dienst debiteuren, tel. 056 242 111.

Opgemaakt te ... op ... in twee exemplaren.

Handtekening van de patiënt (*) of zijn vertegenwoordiger, Voor de ziekenhuisinstelling.

Vermeld handgeschreven "Getuigen en goedprekend" (**) Naam, voornaam van de patiënt of van diens die hem vertegenwoordigt.

Naam, voornaam en hoedanigheid:

Deze informatie van persoonlijke aard wordt u gevraagd door de behoever met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw verblijf. De wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens verleent u toegang tot uw gegevens en geeft u het recht uw gegevens te corrigeren.

De volgende zinnen kunnen in voorkomend geval worden toegevoegd door het ziekenhuis dat dit wenst:

(A) Ik ruiter dat het ziekenhuis bestaaf heeft de vrije keuze van arts niet te beperken.
(B) Het betreft een maximum.

Daarnaast bevestig ik dat ik volgende documenten en/of informatie ontvangen heb:

Opmaveerklaring algemene contractvoorwaarden van AZ Groeninge document 'wie leidt in het ziekenhuis'

entheefactuur tarievenlijst AZ Groeninge lijst niet-verbonden artsen

folder "Wat betaalt u voor een opname in AZ Groeninge?" algemene en levensbeschouwelijke biganden producten en implantaten

Ik heb het akkoord van de afdienend geneesheer van mijn ziekenfonds voor de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen afgegeven.

ja nee niet van toepassing

Handtekening van de patiënt of zijn vertegenwoordiger

Datum:

ALGEMENE INFORMATIE OVER DE FINANCIËLE VOORWAARDEN

I. VERBLIJFSOFFEN		
1.1. Wetelijk persoonlijk staal		
	Ongeacht het kamertype	
	Andere rechtshouders op het voorkeurtarief (1)	Andere rechtshouders
	Gemeenschapl. med. persoon ten laste	Gemeenschapl. med. persoon ten laste
De late dag	€ 4,64	€ 11,01
Vand de late dag	€ 4,64	€ 4,64
Vand de late dag (*)	€ 4,64	€ 4,64
(*) Aan gescheiden de personen ten laste hebben of de staalhouder? Niet, word vanaf de 17e dag een pensioe, anders van € 4,64 (ongev. 10%).		
1.2. Kamersupplement per dag		
	Volgens kamertype	
gemeenschappelijke kamer	tweepatiëntenkamer	individuele kamer
€ 0,00	€ 9,00 (1)	Ten Oever: € 0,00 (1) Patiënten: € 15,00 (1) 2e Geneesheer: € 15,00 (1)
Overige afslag: € 9,00 (1)		
1.3. Wetelijk gemeenschappelijke staal per dag		
Ongeacht het kamertype: € 0,00		
2. FARMACEUTISCHE KOSTEN		
Ongeacht het kamertype: Wij bieden kostenloze of volledig te betalen volgens het type en toegankelijk volgens de door u gekozen mateplan en producten. De prijs van de materialen of producten die de overname van de kosten van de instelling.		
3. ERELONEN		
3.1. Forfaitaire erelonen per opname		
Wetelijk persoonlijk staal voor:		
	Ongeacht het kamertype	
	Andere rechtshouders op het voorkeurtarief (1)	Andere rechtshouders
	€ 0,00	€ 10,40
	€ 0,00	€ 2,44
	€ 0,00	€ 0,00
3.2. Erelonen		
Wetelijk persoonlijk staal:		
- Ereloonsupplement (2):		
- Volgens de verbindingsstatuten (2)		
- Volgens het staal van de geneesheer (4)		
- Volgens de verbindingsstatuten		
- Volgens niet-verbonden geneesheer		
- Volgens mijn sociaal staal (5)		
4. ANDERE VERBODEN EN DIVERSE KOSTEN		
Mits u hiervoor uw toestemming verleent, kan u gratis maken van de medische diensten en diensten (bedruken, ...) waaraan u de zorg, de onkosten het kamertype verblijf te laten laten u, om hervuldig laag bij de instelling kan bekomen.		

- Rechtshouders op het voorkeurtarief = rechtshouders op een verhoogde afgemeten vergoeding van de ziekenfonds, dus zij zijn geen enkel staalhouder.
- Verbintenisartef: men past de erelonen toe die overeenstemmen met het kader van het staal van de geneesheer (aankomende, dus zij zijn geen enkel staalhouder).
- Het maximumsupplement voor de tweepatiëntenkamer bedraagt 9 € (bedrag per toepassing 15/10/2022). Het maximum kan een hoger bedrag zijn.
- De lijst met het staal van de geneesheer (al dan niet verbonden) kan op aanvraag beschikbaar worden indien het ziekenhuis een verschil in functie van het staal van de geneesheer heeft.
- Indien de patiënt een individuele kamer opgenomen moet worden om één van volgende redenen, zal geen kamer- noch ereloonsupplement voor verboden staal gerekend worden:
 - wanneer de gezondheidsstaat van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van staal, het verblijf in een individuele kamer vereisen;
 - wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikbaar over andere bedden in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen;
 - wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of spoedopvang, buiten de wil van de patiënt.
- Op voorwaarde dat u in een tweepatiënten- of gemeenschappelijke kamer verblijft, waarin niet-verbonden geneesheren een supplement vragen indien u behoort tot één van de volgende categorieën:
 - rechterhouders op het voorkeurtarief en hun personen ten laste die behoren tot de categorie WIGW of de geneesheer van een leefbaar, verwijfde (gehuwde) personen voor bepaalde, inkomensgarantie voor ouders, tegemoetkoming voor gezinshoofden, verhoogde kinderbijslag wegens handicap;
 - langdurig werklozen (12 maand) van tenminste 50 jaar en hun personen ten laste;
 - personen erkend door hun ziekenfonds als chronisch zieke;
 - personen die niet hebben op een tegemoetkoming of inkomensgarantie.
- De ereloonsupplementen zullen u gefactureerd worden door het ziekenhuis of door de dienst centrale leasing. Betaal deze niet rechtstreeks aan de geneesheer. Alsdit recht u te informeren over het pensioe ereloonsupplement dat u geneesheer heeft.
- Bedrag van de voorschotten:

	gemeenschappelijke kamer	tweepatiëntenkamer	individuele kamer
voorschot bij de opname	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
voorschot bij de opname	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

Samenvatting van de regels betreffende de ereloonsupplementen in het ziekenhuis Klassieke hospitalisatie - Daghospitalisatie (chirurgisch dagziekenhuis, forfaits A - B - C - D en maxiforfaits voor chemotherapie)		
Patiënten opgenomen in een	Supplement in rekening gebracht door	
	een verbonden arts	een niet-verbonden arts
gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer	VERBODEN	TOEGELATEN indien het intern reglement van het ziekenhuis een clausule betreffende de maximumerelonen bevat, behalve voor: 1. rechthebbers op voorkeurtarief en hun personen ten laste die behoren tot de categorie WIGW of de geneesheer van een leefbaar, rentenbijslag, gewaarborgd inkomen voor bejaarden, inkomensgarantie voor ouders, tegemoetkoming voor gehandicapten, verhoogde kinderbijslag wegens handicap; 2. langdurig werklozen (12 maand) van tenminste 50 jaar en hun personen ten laste; 3. personen erkend door hun ziekenfonds als chronisch zieke; 4. personen die recht hebben op een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal; 5. personen die een palliatieve tegemoetkoming ontvangen of opgenomen zijn in een sp-dienst palliatieve zorg.
individuele kamer	TOEGELATEN behalve: 1. wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht, het verblijf in een individuele kamer vereisen; 2. wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikbaar over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen; 3. wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of spoedopvang, buiten de wil van de patiënt.	TOEGELATEN maar: Uw verblijf zal beschouwd worden als een verblijf in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer in volgende gevallen: 1. wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht, het verblijf in een individuele kamer vereisen; 2. wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikbaar over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen; 3. wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of spoedopvang, buiten de wil van de patiënt.

8. HET ZIEKENHUIS VERLATEN

Ontslag

In principe verlaat je het ziekenhuis wanneer de arts beslist dat je naar huis mag.

Net zoals je het recht hebt om elk onderzoek en iedere behandeling te weigeren, mag je uit een ziekenhuis vertrekken wanneer jij dat wenst. Als je het ziekenhuis verlaat tegen het advies van de arts in, kan men je vragen om een verklaring ('een décharge') te ondertekenen, waardoor de arts wordt ontslagen van elke verantwoordelijkheid voor de eventuele gevolgen van je vertrek.

Rapportage/Medisch dossier

Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt een ontslagverslag opgemaakt.

Het ontslagverslag omvat twee luiken:

- het voorlopige verslag dat de onmiddellijke continuïteit van de zorg waarborgt. Dat verslag bevat alle informatie die het voor elke door de patiënt geconsulteerde arts moet mogelijk maken de continuïteit van de zorg te verzekeren. Het wordt meegegeven met de patiënt dan wel bezorgd aan de behandelende arts en iedere betrokken arts.
- het volledige verslag over het ziekenhuisverblijf, ondertekend door de arts die voor de patiënt verantwoordelijk is. Dat verslag omvat de meest kenmerkende anamnestiche, klinische, technische en therapeutische gegevens over de hospitalisatie en de vereiste nazorg. Het wordt door de arts van het ziekenhuis overgemaakt aan een de door de patiënt aangewezen arts.

Inzage medisch dossier

De patiënt heeft een rechtstreeks inzagerecht in zijn dossier. Hij heeft daarvoor geen tussenkomst nodig van een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een arts. De persoonlijke notities van de zorgverlener en gegevens die betrekking hebben op derden, zijn van het recht op inzage uitgesloten. Een zorgverlener mag de rechtstreekse inzage in het dossier uitzonderlijk weigeren voor zover het meedelen van de informatie klaarblijkelijk ernstig nadeel zou meebrengen voor de gezondheid van de patiënt. Er wordt dan een schriftelijke motivering toegevoegd aan het dossier, dat wel kan worden ingezien door een aangewezen zorgverlener.

De patiënt heeft recht op een kopie van zijn dossier tegen kostprijs. De zorgverlener mag die alleen weigeren indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet door een derde om het dossier te verkrijgen, bijvoorbeeld een werkgever.

Aan het verzoek van de patiënt moet binnen een termijn van 15 dagen gevolg gegeven worden.

Kritiek en klachten

Ziekenfonds

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben een gespecialiseerde dienst, de dienst JURA, waar je terecht kan met alle vragen, betwistingen of klachten inzake artsen en ziekenhuizen, gaande van het vermoeden van een medische fout tot onenigheid over honorarium- en factuurbedragen.

Ziekenhuis

Elk ziekenhuis moet in uitvoering van de wet op de rechten van de patiënt beschikken over een ombudsfunctie onder leiding van een ombudspersoon, die bevoegd is voor de klachten met betrekking tot de acht rechten die de wet bepaalt.



De acht rechten van de patiënt:

- recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
- recht op vrije keuze van de zorgverlener
- recht op informatie over de gezondheidstoestand
- recht op toestemming
- recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier en recht op rechtstreekse inzage in dat dossier
- recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- recht op klachtenbemiddeling
- recht op pijnbestrijding

Federale ombudsdienst

Bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, is een Federale Commissie "Rechten van de patiënt" opgericht die klachten behandelt omtrent de werking van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen.

Bij de commissie is een ombudsdienst opgericht die klachten van patiënten doorverwijst naar de bevoegde ombudsfunctie in het ziekenhuis.

De federale ombudsdienst zal dus eerder sturen en verwijzen dan behandelen en is zeker geen instantie waarbij je in beroep kan gaan.

De ombudsdienst wordt op het federale niveau waargenomen door een Nederlandstalige en een Franstalige ombudspersoon.

Adres:

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen
Federale Commissie Rechten van de Patiënt
Eurostation 1 E 22
Victor Hortaplein 40 bus 10
B-1060 Brussel
Tel. 02 524 85 20

Thuiszorg

Na een ontslag uit het ziekenhuis kan je aangewezen zijn op derden voor verdere verzorging. We zitten dan op het terrein van de thuiszorg. Onder de thuiszorgdiensten vinden we o.a.:

- Thuisverpleging
- Gezinszorg
- Poets hulp
- Klusjesdienst
- Ziekenvervoer
- Thuisoppas
- Zorgverblijf
- Kortverblijf
- Woninginrichting, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen
- Uitleendienst
- Personenalarmsysteem
- Administratie en financiën
- Zorgverzekering

Het ziekenfonds kan instaan voor de organisatie en coördinatie van thuiszorg op jouw maat.

Thuiszorg moet goed voorbereid worden, neem dus tijdig contact op. Voor bepaalde diensten kan een wachtlijst bestaan.

9. OVERLIJDEN

Aangifte

Een overlijden moet aangegeven worden aan de ambtenaar van de burgerlijke stand, die een akte van overlijden opmaakt. Bij een overlijden in een ziekenhuis onderneemt de instelling zelf de nodige stappen.

Uitkering voor begrafeniskosten (*)

() begrafenis kan hier ook gelezen worden als crematie*

Indien de overledene loontrekkende was, werkloos, arbeidsongeschikt erkend door het ziekenfonds of gerechtigde op een rustpensioen als werknemer, dan zal het ziekenfonds een zogeheten uitkering voor begrafeniskosten betalen.

Die uitkering bedraagt 148,74 euro en wordt betaald aan de persoon die werkelijk de begrafeniskosten heeft gedragen.

Er moet een aanvraagformulier worden ingevuld dat kan verkregen worden bij het ziekenfonds van de overledene. De voor kwijting betaalde factuur van de begrafenis moet bijgevoegd worden.

Transplantatie

Personen die overlijden in een ziekenhuis zijn potentiële orgaandonoren. Niet iedereen komt in aanmerking voor het wegnemen van weefsels en organen met het oog op transplantatie. Alleen voor huid en cornea (hoornvlies) zijn er weinig beperkingen. Voor doorbloede organen zijn er strenge criteria: alleen patiënten die na een hersendood kunstmatig beademd worden en bij wie nog een goede bloedsomloop aanwezig is komen in aanmerking als donor. Amper 2 op 100 overledenen verkeren in die situatie. Natuurlijk gelden er ook per orgaan specifieke voorwaarden.

Wie niet wenst dat er na zijn overlijden organen worden weggenomen met het oog op transplantatie, moet bij leven actief verzet aantekenen. Anderzijds kan men zich ook uitdrukkelijk donor stellen. Als algemene regel geldt: 'wie zwijgt, stemt toe'.

Verzet aantekenen, evenals zich uitdrukkelijk donor verklaren, gebeurt door middel van eenzelfde formulier dat door het gemeentebestuur van je woonplaats ter beschikking wordt gesteld. De wilsbeschikking wordt geregistreerd op een centrale computer bij Volksgezondheid. Het transplantatiecentrum kan hier je wilsuitdrukking natrekken.

Naast de officiële wijze om je verzet kenbaar te maken, mag een arts niet tot wegname overgaan wanneer:

- door de donor zelf verzet is uitgedrukt op een andere wijze en de arts daarvan kennis is gegeven;
- de arts een verzet is meegedeeld door de ouders, kinderen of samenlevende echtgenoot.

Hoewel de wet geenszins voorschrijft dat er naar een eventueel verzet moet gepeild worden, stelt een deontologische richtlijn dat de bedoeling om organen weg te nemen kenbaar moet gemaakt worden op het moment dat het overlijden wordt meegedeeld aan de nabestaanden.

Er worden de donor geen kosten aangerekend voor de wegname van organen met het oog op transplantatie. De donor kan er evenmin betaling voor eisen.

Autopsie

Een autopsie is een lijkopening met onderzoeksdoeleinden.

Traditioneel onderscheidt men drie vormen: de gerechtelijke autopsie, de politionele autopsie en de klinische of wetenschappelijke autopsie. Die laatste wordt verricht om de juiste doodsoorzaak te kennen, als diagnosecontrole, uit wetenschappelijke interesse. Ze is van onbetwistbaar belang voor de nabestaanden, de arts, het medisch onderzoek en de samenleving in het algemeen.

Bij een klinische autopsie wordt het lichaam niet verminkt en worden er geen organen weggenomen. Er worden weefselfragmenten weggenomen, waarvan een deel wordt geprepareerd en/of ingebed in paraffineblokjes die anoniem bewaard worden.

Eenieder kan zich bij leven verzetten tegen of de toestemming geven voor een klinische autopsie. Arts en familie moeten zich dan bij de wilsbeschikking van de overledene neerleggen.

Veelal heeft de betrokkene echter niets ter zake bepaald.

Hoewel de wet in dit geval niet bepaalt dat de familie moet gepolst worden, is het de gewoonte de nabestaanden te vragen of er bezwaren zijn. De rechtsleer gaat ervan uit dat nabestaanden het recht hebben in een autopsie toe te stemmen of deze te weigeren.

Teneinde de toestemming niet te moeten vragen, vermelden sommige ziekenhuizen in hun onthaalinformatie dat de patiënt bij overlijden eventueel aan een autopsie zal worden onderworpen tenzij hijzelf of de nabestaanden zich daartegen verzetten. De toestemming in de vorm van een 'geen bezwaar', kan dan worden afgeleid uit het stilzwijgen van de patiënt, op voorwaarde dat hij van die bepaling heeft kennisgenomen en ze aanvaardt.

Er is een regeling op komst die stelt dat bij elk onverwacht en medisch onverklaarde overlijden van een kind jonger dan 18 maanden, automatisch een autopsie wordt uitgevoerd om de doodsoorzaak op te sporen, tenzij één van de ouders zich daartegen schriftelijk verzet.

De datum van inwerkingtreding is nog niet gekend.

Legaat van het lichaam

Als je je lichaam ter beschikking stelt van de wetenschap, wordt het gebruikt voor studiedoeleinden in de artsopleiding. Vaak worden organen of andere lichaamsdelen verwijderd en op formol gezet voor latere dissectie. Er bestaat geen reglementering over de te volgen procedure. Je neemt bij leven contact op met een universitair centrum waar geneeskunde wordt gedoceerd. Je maakt je bedoeling kenbaar met een eigenhandig geschreven, gedateerd en ondertekend document. Documenten en modaliteiten kunnen verschillen naargelang de gecontacteerde universiteit.

10. DE FACTURATIE

Eenheidsfactuur, centrale inning

De ziekenhuizen moeten hun patiënten ten laatste twee maanden na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt een globale factuur toesturen. Bij een langdurig verblijf zal het ziekenhuis een maandelijke afrekening sturen.

Alle bedragen, zelfs de te betalen honorariumsupplementen moeten op die factuur voorkomen. De factuurbedragen moeten op eenzelfde dan wel op twee verschillende rekeningen gestort worden.

De ziekenhuizen zijn verplicht hun patiënten een factuur toe te sturen volgens een uniform model: 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende'.

Daar in bepaalde ziekenhuizen de honoraria (of een gedeelte ervan) geïnd worden door de Medische Raad, kan je naast het 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de rechthebbende' ook nog eens een 'Honorariumnota' toegestuurd krijgen. Die 'Honorariumnota' moet ook zijn opgemaakt volgens de voorgeschreven lay-out.

Betaal nooit honoraria of andere bedragen die aangerekend worden met een document dat verschilt van het opgelegde factuurmodel.

Derdebetaler

Voor gehospitaliseerde patiënten is de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht.

De derdebetalersregeling betekent dat het ziekenfondsandeel in de kosten rechtstreeks wordt vereffend met het ziekenhuis, zodat je zelf alleen het verschil betaalt, nl. het persoonlijk aandeel plus de eventuele supplementen.

Wat, wanneer en hoe betalen?

De gebruikelijke termijn om een factuur te betalen is 30 dagen.

Het is nuttig het origineel of een kopie van de betaalde factuur te bewaren.

- Controleer uw factuur VOORALEER u betaalt.
 - Wanneer je eenmaal betaald hebt, gaat de rechtspraak ervan uit dat je het eens was met de aangerekende bedragen. De terugbetaling vorderen van te veel betaalde bedragen is dan nog slechts mogelijk, indien het om vergissingen gaat of wanneer er wettelijke bepalingen met de voeten werden getreden.
- Weet wat je betaalt.
 - Je hebt de mogelijkheid en het recht details of uitleg te vragen over de aangerekende bedragen..
- Weiger niet botweg wat dan ook te betalen als je denkt dat één en ander niet mag aangerekend worden of als de factuur geen steek houdt. Laat in een brief weten dat je de betaling uitstelt in afwachting van uitleg of een herziening. Bewaar een kopie van zowel de vraag als het antwoord.
- Contacteer de dienst JURA van het ziekenfonds bij al je vragen, twijfels, problemen of klachten. Doe ook dit VOOR je betaalt.
- Betaal nooit voorschotten aan een geneesheer.
- Betaal zoveel mogelijk per storting of overschrijving. De rekeninguittreksels gelden als betalingsbewijs.
- Eis altijd een gedetailleerd ontvangstbewijs bij een directe betaling.

Verjaring

Een ziekenhuisfactuur of honorariumnota die wordt aangeboden meer dan 2 jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt, hoeft niet meer betaald te worden, ze is verjaard.

Je moet de verjaring wel inroepen, door de arts of het ziekenhuis schriftelijk te laten weten dat je geen betaling meer verschuldigd bent op grond van art. 2277bis BW.



11. DE PATIËNTFACTUUR

Ziekenhuizen zijn verplicht de patiënt een factuur toe te sturen volgens een vastgelegd model met een verplichte lay-out en rubrieknummering.

De patiëntfactuur heet officieel 'Uittreksel verpleegnota bestemd voor de patiënt', omdat het gaat om een samenvatting van de meer gedetailleerde factuur die het ziekenhuis naar het ziekenfonds heeft verstuurd. De inhoud van en de bedragen op beide facturen moeten identiek zijn.

Op de patiëntfactuur kan je vijf genummerde rubrieken vinden, voorafgegaan door de identificatiegegevens van het ziekenhuis en de patiënt en gevolgd door de afrekening.

Die vijf rubrieken zijn:

1. Verblijfskosten
2. Apotheek - farmaceutische en parafarmaceutische kosten – kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen
3. Medische en paramedische honoraria
4. Andere leveringen
5. Diverse kosten

IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENHUIS EN VAN DE PATIËNT

UITTREKSEL VERPLEEGNOTA BESTEMD VOOR DE PATIËNT		Datum van verzending:
Identificatie ziekenfonds	Identificatie patiënt	
<i>Benaming:</i>	<i>Naam, Voornaam:</i>	
<i>Adres:</i>	<i>Dossiernr in ziekenhuis:</i>	
.....	<i>Inschrijvingsnr ziekenfonds:</i>	
<i>Postnr - Gemeente:</i>	<i>Periode hospitalisatie:</i>	<i>van: te uur</i>
<i>R.I.Z.I.V.-nummer:</i>		<i>tot: te uur</i>
<i>Tel.:</i>		
Verpleegnota aan het ziekenfonds	Facturatieadres	
<i>Nr verzekeringsinstelling (ziekenfonds):</i>	<i>Naam:</i>	
<i>Nr Verpleegnota:</i>	<i>Adres:</i>	
<i>Datum Verpleegnota:</i> .....	.....
	<i>Postnr - Gemeente:</i>	

Bovenaan de patiëntfactuur vind je de naam en het adres van het ziekenhuis en de patiënt.

Het ziekenhuis vermeldt datum en uur van opname en ontslag evenals het nummer en de datum van de verpleegnota.

VERBLIJFSKOSTEN

1. Verblijfskosten				Aantal dagen	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
						Persoonlijke tussenkomst patiënt	Supplement kamer
1.1. Verblijfskosten hospitalisatie							
Dienst	Type kamer	Van:	Tot:				
	Bedrag per opname				.....	
	Bedrag per dag in:						
...	Gemeenschappelijke	.....	.....	.....	.....
...	Tweepersoonskamer	.....	.....	.....	.....		.....
...	Eénpersoonskamer	.....	.....	.....	.....		.....
	Persoonlijk aandeel	.....	.....		.....	.....
Ter informatie: de totale kost van uw verblijf bedraagt ... euro. Een deel hiervan wordt rechtstreeks door uw ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald: enerzijds via maandelijkse voorschotten en anderzijds via het hiervoor vermelde bedrag per opname en per dag. Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt ... euro.							
	Forfait geneesmiddelen			.....		.....
	Forfait medisch honorarium per verpleegdag			.....	.....

Verblijfskosten bij opname

Bedrag per opname, bedrag per verpleegdag, persoonlijk aandeel

Voor elke dag dat je opgenomen bent, betaalt het ziekenfonds een dagprijs. Die is verschillend van instelling tot instelling en schommelt tussen 213 en 550 euro/dag in een acuut ziekenhuis.

Je vindt die dagprijs niet terug op de patiëntfactuur.

Het ziekenfonds betaalt ongeveer 80% van het totaal verschuldigde bedrag aan het ziekenhuis in de vorm van maandelijkse voorschotten. De rest, ongeveer 20%, wordt aangerekend in de vorm van een bedrag per opname en een bedrag per verpleegdag.

Die bedragen staan wel vermeld op de patiëntfactuur.

Het bedrag per opname is niet verschuldigd op puur geriatrische ziekenhuizen, op diensten revalidatie (sp-diensten), diensten voor de behandeling van zware brandwonden en in psychiatrische ziekenhuizen. Het mag wel aangerekend worden in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

De verblijfskosten dekken op forfaitaire wijze alle kosten voor het verblijf en de verzorging inclusief verpleegkunde, met uitzondering van de geneesmiddelen, de honoraria van geneesheren en paramedici, implantaten en prothesen.

Je betaalt per verpleegdag altijd een persoonlijk aandeel, onafhankelijk van de keuze van de kamer.

Opdat bij het bekijken van de factuurbedragen niet de indruk zou ontstaan dat de bedragen ten laste van de patiënt eerder hoog zouden zijn in vergelijking met de bedragen ten laste van het ziekenfonds, wordt de totale verblijfskost vermeld middels een opdruk in vette letters:

“Ter informatie: de totale kost van uw verblijf bedraagt ... euro. Een deel hiervan wordt rechtstreeks door uw ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald: enerzijds via maandelijkse voorschotten en anderzijds via het hiervoor vermelde bedrag per opname en per dag.

Uw persoonlijke bijdrage in die kost bedraagt ... euro.”

Persoonlijk aandeel in de verpleegdag bij opname in een ziekenhuis (bedragen geldig voor 2006)

Statuut verzekerde	1ste dag(*)	Van de 2de tot de 90ste dag(*)	Vanaf de 91ste dag (*)
Verzekerden met VT (**) en hun PTL (***)	4,64	4,64	4,64
Kinderen PTL van verzekerden zonder VT	31,91	4,64	4,64
Verzekerden met PTL en hun PTL (met uitz. van de kinderen)	40,33	13,06	4,64
Verzekerden zonder PTL	40,33	13,06	13,06
Volledig werklozen -met gezinslast of alleens-taanden- die gedurende ten minste 12 maan-den een uitkering krijgen en hun PTL (met uitz. van de kinderen)	31,91	4,64	4,64
Gerechtigden die alimentatiegeld betalen bij gerechtelijke beslissing of notariële akte en hun PTL (met uitz. van de kinderen)	40,33	13,06	4,64

(*) dagbedragen in euro - de bedragen worden elk jaar per 1 januari geïndexeerd - (**): verhoogde tegemoet-koming (vroeger WIGW met voorkeurregeling) - (***): personen ten laste

In psychiatrische ziekenhuizen gelden andere bedragen dan deze vermeld in de tabel vanaf de eerste dag van het 6de jaar verblijf. Een nieuwe opname binnen de 90 dagen na een vorig verblijf (6 maanden in een psychia-trische instelling), wordt beschouwd als de voortzetting van het eerste verblijf.

Supplement kamer

Naast het persoonlijk aandeel betaal je een supplement voor de kamer indien je gekozen hebt voor een twee- of eenpersoonskamer.

Supplement kamer	
Gemeenschappelijke kamer	Je betaalt alleen het persoonlijk aandeel, geen supplement
Tweepersoonskamer	Je betaalt naast het persoonlijk aandeel een door het ziekenhuis vastgesteld supplement van maximum 20,11 euro/dag
Eenpersoonskamer	Je betaalt naast het persoonlijk aandeel een door het ziekenhuis vastgesteld supplement. Er is geen maximum bepaald, het supplement schommelt tussen 5 en 180 euro/dag

Als je in orde bent met de aanvullende verzekering, is het mogelijk dat het ziekenfonds een deel van de verblijfskosten voor zijn rekening neemt.

Hospitalisatieverzekeringen vergoeden een vast bedrag per dag of nemen het volledige kamersupplement en het persoonlijk aandeel ten laste, al dan niet met een franchise.

De dag van vertrek en de dag van opname worden als één enkele dag gefactureerd, BEHALVE indien de opna-me vóór 12 uur EN het vertrek na 14 uur plaatsvonden.

Als je het ziekenhuis vóór 14.00 uur verlaat, spaar je dikwijls een dag. Volgens de rechtspraak is het moment waarop de kamer vrijkomt voor een andere zieke, bepalend voor het uur van vertrek.

Als er weekeindverlof wordt toegekend in een algemeen ziekenhuis, is in geen geval het bedrag per verpleeg-dag en dus evenmin een persoonlijk aandeel verschuldigd voor de dagen dat je afwezig bent. Je bed blijft voor-behouden, er mogen geen reserveringskosten worden gefactureerd.

In psychiatrische ziekenhuizen geldt een specifieke verlofregeling.

Forfait geneesmiddelen

Elke patiënt betaalt per dag een forfaitair bedrag van 0,62 euro voor de terugbetaalbare geneesmiddelen, ongeacht of hij er geen, weinig of veel kreeg toegediend.

Voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (pijnstillers, slaapmiddelen, ...) betaalt elke patiënt wat hij verbruikt heeft.

In psychiatrische instellingen betaalt elke patiënt een forfaitair bedrag van 0,80 euro per dag voor alle geneesmiddelen, ongeacht of ze terugbetaalbaar zijn of niet. Dat forfait mag worden doorgefactureerd als de patiënt de instelling voor korte tijd (weekend, minitrip, ...) verlaat.



Forfaitaire honoraria

In de rubriek van de verblijfskosten worden de forfaitaire honoraria per verpleegdag vermeld. Het gaat hier om maximaal 2 forfaitaire honoraria voor klinische biologie, waarvan het bedrag verschilt naargelang het ziekenhuis. Deze forfaitaire honoraria zijn integraal ten laste van het ziekenfonds. Er mogen geen supplementen op die forfaits worden aangerekend.

Verblijfskosten in one day



Meer en meer onderzoeken en ingrepen kunnen uitgevoerd worden tijdens een verblijf in een ziekenhuis zonder dat je er overnacht.

Het volstaat dat je 's morgens binnengaat om diezelfde avond of reeds na een paar uren het ziekenhuis weer te verlaten.

Zulke verblijven, die aangeduid worden met de term 'daghospitalisatie', 'one day clinic' of 'one day', zijn mogelijk in een groeiend aantal ziekenhuizen.

De onderzoeken en ingrepen die in one day kunnen uitgevoerd worden zijn talrijk en divers, bijv. behandeling van een hernia, ooglenimplantaat, meniscusextractie, baarmoedercurettagage, amandelextractie, besnijdenis, ingreep wegens strabisme, ...

Bedrag per opname, bedrag per verpleegdag of forfait one day

Voor een verblijf in one day bestaan er twee verschillende facturatiemethoden naargelang de behandeling. Men maakt een onderscheid tussen het zogeheten chirurgisch dagziekenhuis en de daghospitalisatie. Je kan onmogelijk vooraf uitmaken welke facturatiemethode er in jouw geval van toepassing zal zijn.

Chirurgisch dagziekenhuis

Voor een 250-tal behandelingen in one day wordt het verblijf gefactureerd net als bij een klassieke opname: met een bedrag per opname en een bedrag per verpleegdag ten laste van het ziekenfonds. Je betaalt echter geen persoonlijk aandeel.

Je vindt de bedragen terug in de rubriek 'verblijfskosten hospitalisatie en chirurgisch dagziekenhuis'

Daghospitalisatie

Voor andere behandelingen in one day wordt er geen bedrag per opname noch een bedrag per verpleegdag aangerekend ten laste van het ziekenfonds, maar wel een forfait. Je betaalt geen persoonlijk aandeel.

Er bestaan verschillende soorten forfaits naargelang de aard en/of belangrijkheid van de uitgevoerde verstrekking.

- Er bestaat een mini- en een maxiforfait, waarvan het bedrag (min. 25 EUR) kan verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis.
- Daarnaast bestaan er zgn. forfaits A, B, C en D waarvan de bedragen vastliggen. De ziekenfondstegemoetkoming bedraagt respectievelijk 173,53; 223,10; 297,47; en 371,84 euro.

Je vindt de bedragen terug in de rubriek 'verblijfskosten daghospitalisatie'.

Supplement kamer

Net als bij een klassieke opname krijg je bij een opname in one day een te ondertekenen opnameformulier waarop je je kamerkeuze bekend maakt.

Als je kiest voor een twee- of een eenpersoonskamer, dan mag het ziekenhuis:

- een kamersupplement aanrekenen; het bedrag staat vermeld op het formulier;
- een voorschot vragen; het bedrag staat vermeld op het opnameformulier en bedraagt maximaal het bedrag van het supplement voor een twee- of eenpersoonskamer.

Het ziekenhuis mag geen kamersupplement aanrekenen noch een voorschot vragen in geval van een miniforfait, hemodialyse of gebruik van de gipskamer.

Forfait geneesmiddelen en forfaitaire honoraria

In one day wordt er geen geneesmiddelenforfait aangerekend, noch forfaitaire honoraria per verpleegdag.

APOTHEEK - FARMACEUTISCHE EN PARAFARMACEUTISCHE KOSTEN – KOSTEN VOOR IMPLANTATEN, PROTHESEN EN NIET-IMPLANTEERBARE MEDISCHE HULPMIDDELEN

2. Apotheek - Farmaceutische en parafarmaceutische kosten - Kosten voor implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen	Code	Hoeveelheid	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
				Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag
2.1. Farmaceutische en parafarmaceutische producten					
2.1.1 Vergoedbare producten					
2.1.1.1 Bedrag volledig ten laste ziekenfonds					
2.1.1.2 Deels ten laste patiënt				
Naam product
2.1.1.3 Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer					
Naam product
2.1.2. Niet-vergoedbare producten					
Naam product
2.1.3. Parafarmaceutische producten					
Naam product
2.2. Implantaten en prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen					
2.2.1. Vergoedbare producten					
Naam levering:
Afleveringsmarge:
2.2.2. Niet-vergoedbare producten					
Naam levering:

Farmaceutische en parafarmaceutische producten

De geneesmiddelen zijn, op basis van hun therapeutische waarde en sociale overwegingen, onderverdeeld in verschillende terugbetalingscategorieën.

Bepaalde geneesmiddelen, van de zgn. categorie A (cf. insuline), worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds en zijn voor de patiënt gratis (tenzij het gaat om een ambulant afgeleverde specialiteit waarvoor er een goedkoper generisch equivalent bestaat). Voor andere geneesmiddelen moet je remgeld betalen, en voor geneesmiddelen van de zgn. categorie D is er geen terugbetaling door het ziekenfonds. Ze zijn volledig ten laste van de patiënt.

Bepaalde geneesmiddelen zijn, ook bij een opname in het ziekenhuis, alleen terugbetaalbaar met akkoord van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Als er geneesmiddelen worden toegediend waarvoor er geen akkoord van de adviserend geneesheer werd bekomen, is de kostprijs ervan ten laste van de patiënt. In dat geval worden ze op de factuur onder een aparte titel vermeld.

De ziekenhuisfactuur vermeldt in afzonderlijke rubrieken de terugbetaalbare geneesmiddelen onder de titel 'vergoedbare producten' en de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen onder de titel 'niet-vergoedbare producten'. De parafarmaceutische producten worden onder nog een andere titel vermeld.

Vergoedbare producten

• Opname

Bij een opname in het ziekenhuis betaal je geen remgeld per toegediend terugbetaald geneesmiddel. In de plaats daarvan betaalt elke patiënt per dag een forfaitair bedrag van 0,62 euro, los van het aantal toegediende vergoedbare producten en de kostprijs ervan. Je vindt het forfait in de rubriek verblijfskosten.

De terugbetaalbare geneesmiddelen worden daarom alleen op de factuur vermeld met een totaalbedrag ten laste van het ziekenfonds, zonder details per product. Soms kan je naast het totaalbedrag nog een 'forfait antibiotica' of 'forfait profylaxie' ten laste van het ziekenfonds vinden.

Naargelang de heelkundige, verloskundige of endoscopische verstrekking die je hebt ondergaan, kan het ziekenhuis immers een forfaitair bedrag aanrekenen aan het ziekenfonds voor de gebruikte antibiotica en de farmaceutische producten met een antibacteriële of antiparasitaire werking.

• One day

In one day wordt er geen geneesmiddelenforfait aangerekend. Je betaalt in daghospitalisatie de remgelden per toegediend terugbetaald geneesmiddel. Alle geneesmiddelen worden gefactureerd naargelang het verbruik en het persoonlijk aandeel wordt berekend op basis van de categorie waartoe het geneesmiddel behoort.

Zelfstandigen die geen verzekering kleine risico's hebben, betalen de volle prijs voor de gebruikte geneesmiddelen. Er is alleen een terugbetaling door het ziekenfonds voor enkele welbepaalde antitumorale producten die intraveneus worden toegediend.

Niet-vergoedbare producten

De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden vermeld met hun naam, hoeveelheid en kostprijs. Bij de niet-vergoedbare producten vind je de kostprijs van de geconsumeerde niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, de geneesmiddelen van categorie D. Eerder uitzonderlijk vind je hier ook de uit het buitenland geïmporteerde geneesmiddelen die nog niet in België werden geregistreerd.

Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen die je aanneemt, maar niet inneemt, worden je aangerekend.

Parafarmaceutische producten

Hier worden de patiënt de producten uit de ziekenhuisapotheek aangerekend die geen farmaceutische specialiteit zijn. Bijvoorbeeld: lippenzalf, zalf om de huid te hydrateren, zalf voor de verzorging van tepelkloven, bepaalde shampoos, ...

In deze rubriek zal je ook paramedische producten en diensten vinden als: anti-decubitusmateriaal, anti-flebitiskousen, cold pack, een loopvoet voor een gips, een persoonlijke thermometer, ... Producten, die om hygiënische of andere redenen niet herbruikt kunnen worden, betaal je en neem je mee naar huis.

Implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen

Implantaten & prothesen

Implantaten zijn bijvoorbeeld: een intraoculaire lens, pacemaker, hartklep, neurostimulator, heup-, knie- of elleboogprothese, netjes of bloedvaten in kunststof, platen, schroeven en nagels, katheters, ...

Het ziekenfonds voorziet in een terugbetaling voor de meeste implantaten. Van de verstrekkingen die niet ten laste van de ziekteverzekering zijn, moet een beschrijving gegeven worden. Bepaalde niet terugbetaalde implantaten mogen je niet aanrekend worden. Contacteer je ziekenfonds bij twijfel.

Bij de vergoedbare producten is de verkoopprijs in veel gevallen hoger dan de voorziene terugbetaling door het ziekenfonds, zodat je het verschil uit eigen zak moet bijpassen.

Implantaten waarvoor geen patiëntaandeel mag worden aangerekend, bestaan wel, maar zijn beperkt in aantal (bijv. pacemaker, hartklep).

Het ziekenhuis mag naast het patiëntaandeel (het verschil tussen de kostprijs en de tegemoetkoming van het ziekenfonds) ook een afleveringsmarge aanrekenen voor implantaten. Die dekt o.a. aankoop, voorraadbeheer, steriliteit.

De afleveringsmarge bedraagt 10% van de verkoopprijs inclusief BTW, met een maximum van 148,74 euro.

Om de bedragen ten laste van de patiënt te kunnen controleren, moet de factuur van de firma die het ingeplante materiaal aan het ziekenhuis leverde, worden opgevraagd.

Als je weet dat er materiaal moet worden ingeplant, informeer je dan vooraf over de prijs.

Mogelijk wordt het patiëntaandeel en de afleveringsmarge voor implantaten (deels) terugbetaald door de hospitalisatieverzekering of de aanvullende verzekering van het ziekenfonds. Kijk er de voorwaarden op na.

Endoscopisch en viscerosynthesemateriaal

Voor een aantal chirurgische ingrepen, veelal op de buikholte of op gewrichten, is het niet nodig brede insnijdingen te maken om toegang te krijgen tot het operatieveld.

Een aantal ingrepen kan verricht worden door middel van één of meerdere kleine insnijdingen waarna een buisstructuur wordt ingebracht, uitgerust met een heel instrumentarium: licht, camera, snij-, knip-, brand- en ander materiaal.

Vanwege de techniek spreekt men van kijkoperaties of sleutelgatchirurgie. Meer geleerde termen zijn: endoscopische ingrepen, arthroscopie, laparoscopie of coelioscopie.

Bij dat type ingrepen, maar ook bij klassieke chirurgie op diepliggende structuren, wordt veelal ook viscerosynthesemateriaal gebruikt. Meestal gaat het om mechanische hechtsystemen, voornamelijk in de vorm van lineaire of circulaire nietjesmachines.

Het ziekenfonds betaalt het gebruikte materiaal bij endoscopische ingrepen terug: in sommige gevallen 75% van de prijs, in andere gevallen 10%. De patiënt betaalt zelf een remgeld van 25% of 90%.

Mogelijk worden de remgelden voor materiaalkosten bij endoscopische ingrepen (deels) terugbetaald door de hospitalisatieverzekering of de aanvullende verzekering van het ziekenfonds. Kijk er de voorwaarden op na.

MEDISCHE EN PARAMEDISCHE HONORARIA

3. Medische en paramedische honoraria	Nomenclatuur- nummer - Aantal prestaties	Code toetreding	Code kamer	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag
3.1 Forfaitaire honoraria per opname						
Forfait klinische biologie en Forfaitair honorarium klinische biologie	
Forfaitair honorarium medische beeldvorming en Consultancehonorarium	
Honorarium medische wachtdienst in ziekenhuis	
3.2 Honoraria						
3.2.1. Honoraria waarvoor geen bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt					
TOTAAL:						
3.2.2. Honoraria waavoor een bedrag ten laste wordt gelegd van de patiënt						
<i>Volgens specialisme en/of type verstrekkers</i>						
<i>Specialisme:</i>					
<i>Naam verstrekkers:</i>					
3.2.3. Honoraria voor alle niet-terugbetaalbare diagnostische en therapeutische verstrekkingen en honoraria volledig ten laste van de patiënt						
<i>Naam verstrekkers:</i>					
<i>Aard van de prestatie:</i>					
3.2.4. Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen: K.B. 18.12.1996				- 16,4	+ 16,4	

Forfaitaire honoraria per opname

Een ziekenhuis mag forfaitaire honoraria in rekening brengen ter compensatie van de verminderde terugbetaling van sommige verstrekkingen of als beloning voor het organiseren van bepaalde diensten.

Die honoraria mogen aan eenieder worden aangerekend, ook als je zelf geen verstrekkingen van die aard hebt gehad.

Afhankelijk van het ziekenhuis waar je verbleef kunnen meerdere forfaits worden aangerekend.

De forfaits per verpleegdag worden aangerekend in de rubriek verblijfskosten.

De forfaitaire honoraria per opname betreffen klinische biologie, medische beeldvorming en medische wachtdienst.

Op twee van de forfaitaire honoraria per opname zit een persoonlijk aandeel:

Forfaitaire honoraria met een persoonlijk aandeel		
Verstrekking	Remgeld	
	Gewone verzekerde	Verzekerde met verhoogde tegemoetkoming
Klinische biologie	7,44 euro	Geen
Consultancehonorarium medische beeldvorming	6,20 euro	1,98 euro

Met uitzondering van het consultancehonorarium medische beeldvorming, mogen er geen ereloonsupplementen op de forfaitaire honoraria aangerekend worden.

Persoonlijke tussenkomst voor technische verstrekkingen

Elke patiënt, met uitzondering van verzekerden met verhoogde tegemoetkoming, betaalt per opname een vast bedrag van 16,40 euro, ongeacht of hij al dan niet technisch-geneeskundige verstrekkingen krijgt.

Dat wettelijke forfait wordt soms ook aangerekend met de omschrijving 'KB 18-12-1996' of 'KB 23-03-1982 (art 7 septies)'.

Het bedrag mag niet worden aangerekend aan patiënten die werden overgebracht uit een ander ziekenhuis dat het forfait reeds factureerde.

Honoraria

Onder de hoofding 'honoraria' worden de erelonen vermeld voor verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen.

Van de honoraria zonder bedrag ten laste van de patiënt, krijg je alleen een totaalbedrag ten laste van het ziekenfonds en geen details.

Indien er verstrekkingen worden aangerekend die niet worden terugbetaald in de ziekteverzekering, moeten die vermeld worden in een aparte rubriek, met een duidelijke omschrijving.

Veelal zal het hier gaan om puur esthetische ingrepen.

Alle terugbetaalde verstrekkingen waarbij aan de patiënt een remgeld en/of een ereloonsupplement wordt aangerekend moeten op de factuur gegroepeerd worden per verstrekker en per specialisme.

Het specialisme moet op de factuur vermeld worden.

Naast de naam van de verstrekker en zijn specialisme wordt met een code aangeduid of hij verbonden is (code 'C'), niet-verbonden (code 'NC') of gedeeltelijk verbonden (code 'PC'). Er wordt tevens vermeld of het gaat om een eenpersoonskamer (code 'P'), dan wel om een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer (code 'M').



Ereloossupplementen

Of er al dan niet ereloossupplementen mogen worden aangerekend hangt zowel af van de bepalingen in de overeenkomsten of akkoorden als van de wettelijke bepalingen.

Ereloossupplementen worden niet door het ziekenfonds terugbetaald. Soms bestaat er wel een tegemoetkoming in de aanvullende verzekering.

Een terugbetaling via een hospitalisatieverzekering is veelal mogelijk, afhankelijk van de in de polis vermelde grensbedragen en voorwaarden, tenminste bij hospitalisatieverzekeringen die reële kosten terugbetalen en geen dagforfait.

De regeling inzake ereloossupplementen van artsen werd uitgelegd in hoofdstuk 5.

Bij paramedische beoefenaars maakt men, net als bij de geneesheren, een onderscheid tussen verbonden en niet-verbonden verstrekkers.

- Een niet-verbonden verstrekker, in de praktijk veelal beperkt tot een enkele kinesitherapeut, mag, ongeacht de keuze van de kamer, ereloossupplementen vragen. Niet-verbonden verstrekkers moeten de verbintentarieven respecteren voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming. De terugbetaling van het ziekenfonds voor de verstrekkingen van niet-verbonden verstrekkers ligt een kwart lager dan voor de verbonden collega's, behoudens voor de rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming.
- In tegenstelling tot verbonden artsen, mogen verbonden paramedici geen ereloossupplementen aanrekenen aan patiënten die een eenpersoonskamer hebben gekozen.

Kijk na of het ereloossupplement billijk is.

Hoewel een geneesheer, behalve als hij gebonden is door een akkoord, 'vrij' zijn ereloon mag vaststellen, moet hij een zekere 'gematigdheid en bescheidenheid' aan de dag leggen.

Een ereloon mag met andere woorden niet overdreven zijn.

Er bestaan geen wetteksten die aangeven waar de grens ligt of hoe men kan uitmaken wat wel of niet buiten de perken valt.

Uit de deontologische code volgt dat de arts, bij het vaststellen van zijn ereloon, gematigd en bescheiden moet zijn, en rekening mag houden met de belangrijkheid van de geleverde prestaties, de geleverde dienst en eventuele bijzondere omstandigheden. In mindere mate kunnen ook de faam van de geneesheer en de economische toestand van de patiënt een rol spelen.

Belangrijk om weten is dat een geneesheer niet mag weigeren aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger uitleg te verstrekken omtrent zijn ereloon. Vraag de arts om een rechtvaardiging als zijn ereloon je te hoog lijkt.

De rechtbanken en hoven hebben in hun vonnissen en arresten criteria vastgesteld en uitgemaakt welke honoraria als billijk moeten beschouwd worden.

Het verbintentiarief vormt het criterium om de omvang van een ereloon te toetsen.

Het gros van de rechtspraak legt de billijkheidsnorm voor ereloossupplementen op 100%, dat is een bedrag dat even hoog is als het verbintentiarief.

In uitzonderlijke situaties worden ook hogere supplementen aanvaardbaar geacht.

Er bestaan ook vonnissen waarbij een ereloossupplement ongeoorloofd worden bevonden, bijv. omdat de arts het niet rechtvaardigt, omdat het op niet legale wijze werd geïnd, omdat de patiënt niet of onvoldoende werd geïnformeerd, ...

Als je vragen hebt, neem dan contact op met je ziekenfonds, VÓÓR je betaalt.

ANDERE LEVERINGEN

4. Andere leveringen	Nomenclatuur- nummer - Aantal prestaties	Code toetreding	Code kamer	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
					Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag
Naam levering:

Hier worden bloed, bloedplasma, bloedderivaten, moedermelk, desinfecterende baden bij brandwonden, gipsbanden en ander gipsmateriaal vermeld.

Het gaat hoofdzakelijk om leveringen met een volledige of gedeeltelijke terugbetaling.

In voorkomend geval worden in deze rubriek ook de verplaatsingskosten, het ambulancevervoer tussen ziekenhuizen, vermeld.

DIVERSE KOSTEN

5. Diverse kosten (hierin worden nooit honoraria of geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen vermeld)	Code	Ten laste van het ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	
			Persoonlijke tussenkomst	Supplement of ander bedrag
Omschrijving diverse kosten:

Het ziekenhuis factureert onder deze rubriek niet-medische producten en diensten waarvoor er geen terugbetaling is van het ziekenfonds, noch van de meeste hospitalisatieverzekeringen.

Je betaalt wat je consumeert.

Het ziekenhuis mag dergelijke producten en diensten, die geen strikt medische indicatie hebben, alleen aanrekenen indien zij aangevraagd worden door de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Bij opname in het ziekenhuis kan de patiënt of zijn vertegenwoordiger kennisnemen van de lijst van deze producten en diensten met hun respectievelijke kostprijs. Voor de levering van producten en diensten die niet voorkomen op deze lijst, is het schriftelijke akkoord nodig van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

In deze rubriek mogen nooit honoraria, geneesmiddelen of implantaten, prothesen en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen worden vermeld.

Je vindt hier wel: telefoon, televisie, koelkast, bed begeleidend persoon, dranken buiten de maaltijden, maaltijden voor derden of etenswaren à la carte, toiletartikelen, kapper, wasserijkosten voor persoonlijke kleding, ... Kijk na wat men je allemaal aanrekent in de rubriek 'diverse kosten'.

Soms wordt het hogervermeld facturatieverbod met de voeten getreden en zitten er toch honoraria, geneesmiddelen of materialen in de rubriek. Sommige ziekenhuizen blijken zeer inventief in het factureren van allerlei kosten die eigenlijk niet mogen aangerekend worden (bijv. mortuarium, luiers, registratie, administratie, reservering, taksen, ...).

Contacteer je ziekenfonds als je vragen hebt bij de aangerekende bedragen VOOR je betaalt.

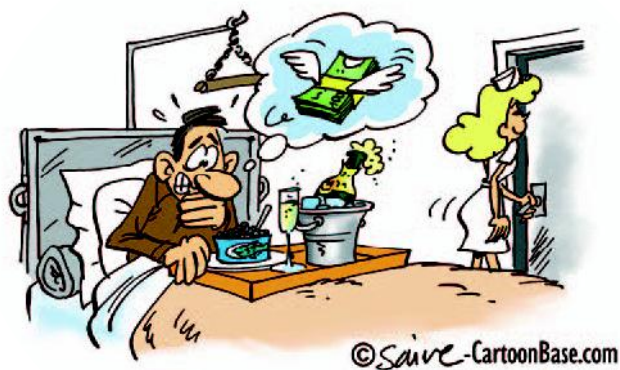
AFREKENING

AFREKENING	
Totaal, aangerekend aan uw ziekenfonds:	.....
A. Totaal van de aan de patiënt aangerekende persoonlijke tussenkomsten:	.....
B. Totaal van de aan de patiënt aangerekende supplementen of andere bedragen:	.....
Aan de patiënt aangerekend totaal: A + B:	.....
Voorschot betaald op: .. .. .	.....
<hr/>	
Door de patiënt te betalen	
op rekeningnummer: van .....	.....
op rekeningnummer: van .....	.....
Door de inrichting terug te betalen saldo:	.....

Onderaan de factuur worden in een kadertje, de totalen vermeld voor rekening van het ziekenfonds en de patiënt, voor deze laatste uitgesplitst in persoonlijke tussenkomsten (wettelijk remgeld) en supplementen of andere bedragen.

Het betaalde voorschot wordt in mindering gebracht, waarna het door de patiënt te betalen of door het ziekenhuis terug te betalen saldo wordt vermeld.

Het te betalen factuursaldo stort je op eenzelfde dan wel op twee verschillende rekeningnummers, zoals vermeld staat.



12. HOEVEEL KOST EEN ZIEKENHUISOPNAME?

Kan het ziekenfonds je vooraf meedelen hoeveel een bepaalde operatie of observatie je precies gaat kosten ?

Neen, dat kan niemand. Het ziekenfonds niet, het ziekenhuis niet, de arts niet.

De verklaring is eenvoudig: niemand kan voorzien hoelang de opname zal duren, welke ingreep of andere verstrekkingen er precies uitgevoerd worden, of er ereloonsupplementen worden aangerekend, hoeveel en welke medicatie je nodig hebt, wat je zelf betaalt voor eventuele implantaten of endoscopisch materiaal, ...

We kunnen wel een en ander voorrekenen.

Wie opgenomen wordt in een ziekenhuis krijgt een factuur.

Het door de patiënt te betalen bedrag is samengesteld uit kosten die voor iedereen dezelfde zijn (vaste kosten) en kosten die in hoofdzaak kunnen verschillen naargelang de arts en de kamerkeuze (variabele kosten).

Voor een identieke behandeling, in dezelfde omstandigheden, met eenzelfde verblijfsduur, in eenzelfde ziekenhuis zal het te betalen bedrag voor alle patiënten min of meer hetzelfde zijn.

Als het gaat om een verblijf in een gemeenschappelijke kamer en de arts is verbonden, dan zal het factuurbedrag vaak niet erg veel hoger zijn dan de vaste kosten. Al moet je wel de kosten voor medicatie, je eigen verbruiksgoederen (drank, tv, ...) en het patiëntaandeel voor eventuele implantaten of endoscopisch materiaal bijtellen. Daarnaast zullen voornamelijk de kamer- en ereloonsupplementen het factuurbedrag aandikken.

VASTE KOSTEN

Het gaat om kosten die aan eenieder worden gefactureerd, ongeacht het type kamer.

De vermelde bedragen zijn de som van: het persoonlijk aandeel in de verpleegdag, het dagforfait medicatie, het persoonlijk aandeel in de forfaitaire honoraria en het forfait technische verstrekkingen.

Vaste kosten bij ziekenhuisopname (Bedragen in euro vanaf 01-01-2006)		
Verblijfsduur	Gewone verzekerde	Verhoogde tegemoetkoming
1 dag (1 nacht)	70,99	7,24
2 dagen	84,67	12,50
3 dagen	98,35	17,76
4 dagen	112,03	23,02
5 dagen	125,71	28,28
6 dagen	139,39	33,54
1 week	153,07	38,80
2 weken	248,83	75,62
3 weken	344,59	112,44

VARIABELE KOSTEN

Het gaat om kosten afhankelijk van de kamerkeuze, het verbintenisstatuut van de arts, de medische behandeling.

Kamersupplementen

Het ziekenhuis factureert maximum 20,11 euro/dag voor tweepersoonskamers. In twee derde van de algemene ziekenhuizen betaalt u minder dan 50 euro per dag voor een eenpersoonskamer, 47% heeft eenpersoonskamers voor 25 euro of minder per dag.

In 10 ziekenhuizen, alle in het centrum van het land, kost een eenpersoonskamer minstens 75 euro per dag. Het hoogst genoteerde kamersupplement bedraagt 180 euro/dag.

Geneesmiddelen

Het ziekenhuis factureert de niet-terugbetaalde geneesmiddelen naargelang het verbruik.

Implantaten

Het ziekenhuis factureert het verschil tussen de effectieve kostprijs en de terugbetaling van het ziekenfonds, en daarbovenop een afleveringsmarge van 10% met een maximum van 148,74 euro.

Het patiëntaandeel is hetzelfde voor elk type kamer.

Voorbeelden van het patiëntaandeel voor terugbetaalde implantaten (bedragen voor 2006 in euro, afleveringsmarge inbegrepen)	
Implantaat	Patiëntaandeel
Pacemaker	148,74
Hartklep	148,74
Ooglen	Max 131,05
Heupprothese	Max. 1.806,31
Schouderprothese	Max. 772,57
Knieprothese	Richtprijs 1.800

Endoscopisch en viscerosynthesemateriaal

Het ziekenhuis factureert een persoonlijk aandeel van 25% of 90% van het gebruikte materiaal.

Het patiëntaandeel is hetzelfde voor elk type kamer en en bedraagt van minimum 24,50 tot maximum 457 euro (bedragen vanaf 01-01-2006).

Honoraria

Het ziekenhuis factureert het persoonlijk aandeel in de honoraria, eventuele ereloonsupplementen en de eventuele honoraria voor verstrekkingen die niet terugbetaald worden.

Een persoonlijk aandeel op een honorarium bij een ziekenhuisopname is eerder zeldzaam. Bijna alle verbintehonoraria worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds. Naast het persoonlijk aandeel in de forfaitaire honoraria die werden doorgerekend in de vaste kosten, zijn ze hoofdzakelijk beperkt tot toezichtshonoraria en kinesitherapie.

Het ziekenhuis kan ereloonsupplementen in rekening brengen voor zover de reglementering dat toelaat. De meeste ziekenhuizen beperken de ereloonsupplementen tot de (hoofd)verstrekking chirurgie en de anesthesie. In een kleine twee derde van de algemene ziekenhuizen bedraagt het ereloonsupplement op eenpersoonskamers maximum 100%, een derde kondigt ereloonsupplementen aan van 200% en meer. Eén ziekenhuis gaat tot 400%, bij 16 andere is 300% de bovengrens.

Gesteld dat een ziekenhuis die aangekondigde maximumere-loonsupplementen ook effectief zou aanrekenen, geeft dat de volgende bedragen ten laste van de patiënt:

Voorbeelden van ereloonsupplementen ngl. verstrekking (Bedragen in euro vanaf 01-01-2006)				
Verstrekking	Ereloon t.l.v. het ziekenfonds (*)	Ereloonsupplement t.l.v. patiënt		
		100 %	200 %	300 %
Bevalling	387,98	387,98	775,96	1.163,94
Heupprothese	1.131,93	1.131,93	2.263,86	3.395,79
Lensimplant	584,72	584,72	1.169,44	1.754,16
Bypass	3.241,65	3.241,65	6.483,30	9.724,95
Liesbreuk	340,79	340,79	681,58	1.022,37
Appendicitis	289,61	289,61	579,22	868,83
Galblaas	515,97	515,97	1031,94	1.547,91

(*) honoraria hoofdverstrekking en anesthesie, maar exclusief eventuele medische beeldvorming, klinische biologie, inwendige geneeskunde, e.a. verstrekkingen

Diverse kosten

Het ziekenhuis factureert naargelang het verbruik van de patiënt.

GEMIDDELDE KOSTPRIJS

Niemand kan zeggen hoeveel een opname precies zal kosten.

Wat we wel weten is hoeveel je gemiddeld zelf betaalt voor een aantal veel voorkomende ingrepen.

Gemiddelde kostprijs van een ziekenhuisopname (bedragen in euro voor de jaren 2001 en 2002 samen)				
Ingreep	Door patiënt te betalen			
	One day	Verblijf van minimum 1 nacht		
	Alle kamers samen	1 pers. kamer	2 pers. kamer	Gemeen. kamer
Bevalling langs natuurlijke weg	311	1.019	670	312
Bevalling via keizersnede	nvt (*)	1.339	598	305
Kransslagaderdilatatie	834	1.475	446	399
Spataders verwijderen	211	780	316	142
Aambeien verwijderen	252	711	375	247
Prostaatrectomie	nvt	1.162	414	249
Hernia-ingrepen op de buikwand (+17jaar)	nvt	799	344	215
Appendix	398	658	210	155
Galblaasoperatie	nvt	1.077	450	231
Heupprothese	nvt	3.133	1.657	1.026
Knieoperatie (meniscus, ligamenten, e.a. exclusief knieprothese)	181	758	455	154
Arthroscopie (endoscopisch onderzoek van een gewricht)	168	534	276	165
Ooglenzingreep, al dan niet met lensimplant	399	954	450	277

(*) nvt = niet van toepassing, wegens geen of onvoldoende aantal gevallen.

De bedragen in de tabel zijn het gemiddelde van alle kosten ten laste van de patiënt: de vaste kosten plus de niet-terugbetaalde geneesmiddelen, de diverse kosten en de eventuele kamersupplementen, ereloonsupplementen en het patiëntaandeel voor implantaten en endoscopisch materiaal.

13. DE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Het gaat niet zo best met de financiën van de ziekteverzekering.

Jaar na jaar kijkt men aan tegen een tekort. Dat is de reden waarom de patiënt meer kosten aangerekend krijgt, ook bij een ziekenhuisopname.

Een ziekenhuisfactuur kan soms aardig hoog oplopen. Zeker als je gekozen hebt voor een eenpersoonskamer. Om het risico op hoge kosten bij een opname te beperken, hebben nogal wat mensen gekozen voor een hospitalisatieverzekering via een individueel contract bij een verzekeringsmaatschappij, een groepsverzekering of het ziekenfonds.

Grosso modo zijn er twee soorten van hospitalisatieverzekering:

- verzekeringen die een forfaitair dagbedrag betalen;
- verzekeringen die geheel of gedeeltelijk tegemoetkomen in de werkelijke kosten.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben voor hun verzekerden een eigen hospitalisatieverzekering, 'Hospitalia'.

Je hebt er één van het type 'dagbedrag' en één van het type 'werkelijke kosten' met twee modules.

Die twee modules, met de naam Hospitalia en Hospitalia +, belichten we schematisch in onderstaande vergelijkende tabel.

Zowel de module Hospitalia als Hospitalia+ kan je uitbreiden met een verzekering ambulante verzorging: Hospitalia ambulante.

Hospitalia+ heeft een specifieke waarborg zware ziekten.

	HOSPITALIA 2006	
	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
Maandbijdrage	Van 2,79 tot 31,47 euro ngl. leeftijdsgroep en aansluitingsjaar	Van 3,94 tot 45,23 euro ngl. leeftijdsgroep en aansluitingsjaar
Leeftijdsgrens	64 jaar	64 jaar
Franchise	geen	geen
Grensbedrag	Max 12.500 euro/jaar	geen

HOSPITALIA

HOSPITALIA+

Terugbetalingen bij ziekenhuisverblijf in België		
Verblijfskosten		
Persoonlijk aandeel verpleegdag	Volledig	Volledig
Kamersupplement tweepersoonskamer	Volledig	Volledig
Kamersupplement eenpersoonskamer	Max. 75 euro/dag	Volledig
(Para)farmaceutische kosten, implantaten, medische hulpmiddelen		
Dagforfait	Volledig	Volledig
Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen	Volledig	Volledig
Parafarmaceutische producten	Geen	Geen in eenpersoonskamers Volledig in meerpersoonskamers
Terugbetaalbare implantaten/prothesen	Volledig in meerpersoonskamers Max. 100% van de ziekenfondstegemoetkoming met een max. van 2.500 euro in eenpersoonskamers	Volledig
Terugbetaalbaar endoscopisch en viscerosynthese materiaal	Volledig	Volledig
Niet terugbetaalbare implantaten/prothesen	Geen	Volledig
(Para)medische honoraria		
Persoonlijk aandeel	Volledig	Volledig
Forfait geneeskundige verzorging	Volledig	Volledig
Ereloonsupplementen	Volledig in meerpersoonskamers Tot 100% van de ziekenfondstegemoetkoming in eenpersoonskamers	Volledig in meerpersoonskamers. Tot 300 % van de ziekenfondstegemoetkoming in eenpersoonskamers
Niet-terugbetaalbare erelonen	Geen	Volledig in meerpersoonskamers. Geen in eenpersoonskamers, behalve max. 500 euro/jaar voor in-vitro-fertilisatie
Andere leveringen		
Terugbetaalbaar	Volledig in meerpersoonskamers Tot 100% van de ziekenfondstegemoetkoming in eenpersoonskamers	Volledig in meerpersoonskamers Tot 300% van de ziekenfondstegemoetkoming in eenpersoonskamers
Niet-terugbetaalbaar	Geen	Volledig
Diverse kosten		
Rooming-in	Verblijf van een ouder bij een kind jonger dan 12 jaar: - volledig in meerpersoonskamers - max 25 euro/dag in eenpersoonskamers	Verblijf van een ouder bij een kind jonger dan 12 jaar: - volledig in meerpersoonskamers - max 25 euro/dag in eenpersoonskamers
Andere kosten	Volledig in meerpersoonskamers behalve telefoon, tv, drank en bloemen	Volledig in meerpersoonskamers

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
Terugbetalingen bij one day in België		
One day in België	Volledig in meerpersoonskamers Volledig, met uitzondering van een max. van 25 euro in diverse kosten in eenpersoonskamers	Volledig

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
Terugbetalingen voor en na een ziekenhuisverblijf in België		
Verzorging voor het ziekenhuisverblijf	Geen, behalve het gros van de remgelden voor de verzorging op de spoedafdeling de dag van de opname	Het gros van de remgelden in de 30 dagen voor de opname inclusief 50% voor vergoedbare door een arts voorgeschreven geneesmiddelen
Dringend vervoer na oproep van de dienst 100 (het vervoer gebeurt naar het ziekenhuis waarvan de factuur door Hospitalia+ wordt terugbetaald)	Geen	Max. 250 euro/jaar per verzekerde na de tegemoetkoming van elke andere verzekering behalve de aanvullende verzekering van het ziekenfonds
Verzorging na het ziekenhuisverblijf	Het gros van de remgelden in de 30 dagen na de opname (uitz. raadplegingen, huisbezoeken, geneesmiddelen, ...)	Het gros van de remgelden in de 90 dagen na de opname inclusief 50% voor vergoedbare door een arts voorgeschreven geneesmiddelen
Begeleider in gastenverblijf		6,5 euro/dag
Kraamzorg		20 euro/dag gedurende max. de 7 dagen na het verblijf

	HOSPITALIA	HOSPITALIA+
Terugbetalingen bij ziekenhuisverblijf in het buitenland		
	Max. 200 euro/dag na de wettelijke tegemoetkomingen	Max. 360 euro/dag na de wettelijke tegemoetkomingen

De bovenstaande tabel geeft een algemeen overzicht van de tegemoetkomingen Hospitalia zonder melding te maken van eventuele uitzonderingen, beperkingen of terugbetalingsvoorwaarden die statutair voorzien kunnen zijn.

Contacteer het ziekenfonds voor nadere informatie of vraag een exemplaar op van de "algemene voorwaarden" die meer details geven. Je kan ook surfen naar www.hospitalia.be.

14. VERZEKERDE MET VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

Bepaalde groepen van verzekerden hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming van het ziekenfonds voor de verstrekkingen geneeskundige verzorging.

Ze betalen minder (en soms geen) remgeld bij een ziekenhuisverblijf en voor de meeste ambulante verstrekkingen bij de arts, tandarts, kinesitherapeut, voor geneesmiddelen, ...

Vroeger was deze regeling beperkt tot de WIGW's met voorkeurregeling (weduwen, invaliden, gepensioneerden, wezen).

Het lijstje van verzekerden met recht op de verhoogde tegemoetkoming werd sindsdien uitgebreid.

Om recht te hebben op de verhoogde tegemoetkoming moet een verzekerde een bepaalde hoedanigheid hebben en een inkomen onder een bepaald plafond.

Inkomensplafond

Om recht te hebben om de verhoogde tegemoetkoming mag het bruto jaarlijks gezinsinkomen niet hoger zijn dan 13.246,34 euro, verhoogd met 2.452,25 euro per persoon ten laste (bedragen geldig sinds 01-08-2005).

Onder inkomen wordt verstaan beroepsinkomen, vervangingsinkomen, roerend en onroerend inkomen. Samengevat zowat alles wat je aan de fiscus moet aangeven.

Onder gezin wordt verstaan: de gerechtigde zelf, de echtgenoot of partner en de personen ten laste.

Het RIZIV oefent een systematische controle uit op het inkomensplafond via het bij de fiscus aangegeven inkomen.

Hoedanigheid

- weduwen
- invaliden
- gepensioneerden
- wezen
- de leden van kloostergemeenschappen die de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt
- de gerechtigden die behoren tot het gewezen personeel van de openbare sector in Afrika, die de pensioenleeftijd hebben bereikt
- de ambtenaren op vroegtijdig pensioen (disponibiliteit) wegens ziekte of lichamelijke ongeschiktheid
- de gerechtigden die de leeftijd van 50 jaar hebben bereikt en die sedert ten minste 12 maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze
- de gerechtigden aan wie het leefloon/bestaansminimum wordt verleend, gedurende ten minste 3 volledige maanden zonder onderbreking
- de gerechtigden aan wie het OCMW-steun verleent, gedurende ten minste 3 volledige maanden zonder onderbreking
- de gerechtigden met de inkomensgarantie voor ouderen, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden of rentebijslag
- de gerechtigden met een tegemoetkoming voor gehandicapten
- de gerechtigden met verhoogde kinderbijslag tengevolge van een handicap
- de personen ten laste van een gerechtigde met verhoogde tegemoetkoming

Hoe kom je eraan?

De verhoogde tegemoetkoming moet je aanvragen bij het ziekenfonds.

Je moet een document 'verklaring op eer' invullen en ondertekenen en bewijsstukken toevoegen inzake het inkomen en/of de hoedanigheid.

Sommige rechthebbenden moeten geen document 'verklaring op eer' invullen:

- rechthebbenden aan wie het leefloon of een OCMW-steun, gelijkwaardig aan het leefloon wordt toegekend
- rechthebbenden op de inkomensgarantie voor ouderen, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden of rente-bijslag
- rechthebbenden op een tegemoetkoming voor gehandicapten

Zij bezorgen het ziekenfonds wel een getuigschrift waaruit hun recht blijkt.

Zelfstandigen die in orde zijn met de vrije verzekering kleine risico's krijgen, afhankelijk van het ziekenfonds, wel of niet de verstrekkingen terugbetaald aan het tarief verhoogde tegemoetkoming.

Sociale voordelen

Personen met de verhoogde tegemoetkoming voldoen aan de voorwaarden voor een aantal sociale voordelen:

- **Maximumfactuur (MAF)**

Zodra de effectief betaalde remgelden in een kalenderjaar het plafond van 450 euro overschrijden, worden deze in het lopende jaar door het ziekenfonds terugbetaald.

Je moet de terugbetaling niet aanvragen. Het ziekenfonds houdt voor eenieder een stand van zaken bij en betaalt de remgelden terug zodra het plafond wordt overschreden.

- **Korting openbaar vervoer**

Verschillende vervoersmaatschappijen (cf. NMBS, De Lijn, TEC, MIVB) geven reducties, veelal via een kortingskaart.

- **Belastingvoordelen**

Gemeente en/of provincie hebben mogelijk een vrijstelling of vermindering van bepaalde belastingen (bijv.: milieuheffing, gezinsbelasting).



ZIEKENHUISGIDS



Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen
sint-huibrechtsstraat 19 - 1150 brussel
tel +32 (0)2 778 92 11 • fax +32 (0)2 778 94 04
www.mloz.be • info@mloz.be