



**Observatorium voor de
chronische ziekten**

Ter attentie van de federale minister van
Volksgezondheid en Sociale Zaken

Kopie aan Zorgnet-Icuro, Santhea, Unessa,
GIBBIS, IRIS-KOEPEL

28/04/2023

**Kostprijs niet-terugbetaalde medische producten en diensten bij
ziekenhuisopname**

Managementsamenvatting

1. Waarom is dit advies er gekomen?

Niet-terugbetaalde medische producten en diensten kunnen zorgen voor hoge facturen voor de patiënt.

Patiënten met een chronische ziekte worden vaker opgenomen in het ziekenhuis. Door hun aandoeningen worden ze meer dan een gemiddelde patiënt geconfronteerd met niet terugbetaalde ziekenhuiskosten. Voor hen zijn de probleempunten inzake niet terugbetaling dus een repetitief gegeven en bij langdurig zieke patiënten een toenemend, financieel risico.

Het probleem is extra acuut voor patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Zij zijn sowieso extra financieel kwetsbaar en voor hen betekenen niet terugbetaalde hoge kosten aan medische producten en diensten een extra hoge drempel voor toegang tot zorg en mogelijke financiële problemen

2. Wat komt in dit advies aan bod?

Dit advies focust op de hoge kosten ten gevolge van niet-terugbetaalde medische producten en diensten bij een ziekenhuisopname. Dit is het groene blok in onderstaand schema. Deze kosten worden niet terugbetaald door de federale ziekteverzekering en zijn ook niet opgenomen in de maximumfactuur. Het Observatorium voor Chronische Ziekten is van mening dat het aandeel van niet-terugbetaalde medische producten en diensten bij een ziekenhuisopname zo klein mogelijk gehouden moet worden. Een belangrijke taak is hier weggelegd voor de overheid.

KOSTEN ZIEKENHUISOPNAME MET OVERNACHTING				
Wettelijk tarief zoals vastgelegd in de prijsafspraken: ligdagprijs, forfait (bv geneesmiddelen, klinische biologie), honoraria		Niet-terugbetaalde medische producten en diensten (bv bepaalde medische hulpmiddelen, implantaten, geneesmiddelen, ...)	Diverse kosten (bv dranken, huur koelkast, internet, babymateriaal, kapper, ...)	Kamersupplement eenpersoonskamer en honorarium-supplementen
Terugbetaald	Persoonlijk aandeel, afhankelijk van verhoogde tegemoetkoming of geen verhoogde tegemoetkoming			

Wat kunnen niet-terugbetaalde producten en diensten zijn?

- Niet-vergoedbare honoraria voor verstrekkingen die niet, nog niet, of niet meer terugbetaald worden door de ziekteverzekering.
- De niet-vergoedbare geneesmiddelen die niet worden vergoed of die voorgeschreven worden buiten de indicaties die binnen de ziekteverzekering worden terugbetaald.

- Een aantal implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.
- Een nieuwe technologie die (nog) niet vergoed wordt.

In dit advies laten we de supplementen op de erelonen buiten beschouwing. Feit is wel dat de supplementen op de erelonen het grootste aandeel vormen binnen de niet-terugbetaalde kosten. Een belangrijk knelpunt dat in de nabije toekomst verdiend aangepakt te worden.

“Alleen al de CM-leden hebben samen in 2018 zowat 89 miljoen euro aan extra, niet-vergoedbare kosten opgehoest. En vooral de extra (para)medische honoraria zijn de voorbije tien jaar met 5,1 procent toegenomen” (VRT-nieuws 16-12-2019, n.a.v. CM-onderzoek).

3. De aanbevelingen en concrete actiepunten

1. Het Observatorium vraagt dat de patiënt vooraf goed geïnformeerd wordt over de kosten verbonden aan een ziekenhuisopname, zodat de patiënt een geïnformeerde keuze kan maken en dat de toestemming van de patiënt volledig gerespecteerd kan worden, dit conform artikel 8 van de wet betreffende de rechten van de patiënt. De mededeling van de kostenraming, verbonden aan een ziekenhuisopname zou verplicht moeten worden. Dit betekent dat:
 - de opnameverklaring inclusief de producten- en dienstenlijst vooraf aan de ziekenhuisopname besproken wordt met de patiënt, geflankeerd door een digitale en een papieren versie in een begrijpbare bewoording.
 - ziekenhuizen voor enkele standaard ingrepen en gelinkte ziekenhuisopnames een gedetailleerde prijsraming voorzien.
 - de patiënt door de dialoog met (o.a.) de behandelende arts, via een goed uitgebouwd beslissingsproces een geïnformeerde keuze maken en dito toestemming kan geven.
 - de patiënt de tijd krijgt om hierover advies in te winnen (bij huisarts, ziekenfonds,)
 - bij een wijziging in de kosten in de loop van de behandeling of zorg die aanzienlijk verschilt van de oorspronkelijk voorgestelde kost er mogelijks een “hernieuwde” toestemming moet komen van de patiënt.
2. Het Observatorium vraagt dat de patiënt na een ziekenhuisopname de kosten hieraan verbonden, gemakkelijk kan interpreteren, controleren en weet waar hij / zij terecht kan met een klacht zodat hij / zij deze kosten, indien nodig, kan betwisten:
 - de factuur is zodanig opgesteld dat alle kosten, zéker de niet-terugbetaalde kosten, begrijpelijk, duidelijk en gestandaardiseerd benoemd worden, bovenop de vermelding van een (pseudo)nomenclatuurnummer.
 - de klachtenprocedure en betwisting van facturen is voor de patiënt bekend en toegankelijk.
 - de lijst van producten en diensten die niet worden vergoed, is altijd toegankelijk voor de patiënt en wordt duidelijk op de factuur vermeld.
3. Het Observatorium pleit er voor om van overheidswege en in samenwerking met de verzekeringsinstellingen, de gegevens over de kosten voor niet-terugbetaalde medische producten en diensten bij een ziekenhuisopname systematisch en gedetailleerd te registreren. Alleen zo ontstaat een accuraat beeld van de reële kostprijs van een ziekenhuisopname en kan de patiënt zich een volledig beeld vormen van de financiële impact van ziekenhuisopnames.
4. Het Observatorium beveelt een fundamentele, sluitende aanpak aan voor het systematisch aanrekenen van onterechte kosten. Met een duidelijk wettelijk kader, monitoring van de uitvoering, stimulansen voor goede praktijken en indien nodig sancties wanneer een ziekenhuis het geldende wetgevingskader en/of bepaalde kosten systematisch onterecht blijft in rekening brengen.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	1
1. Waarom is dit advies er gekomen?	1
2. Wat komt in dit advies aan bod?	1
3. De aanbevelingen en concrete actiepunten	2
Inhoudsopgave	3
1. Het wetgevend kader ter bescherming van de patiënt	4
2. Analyse – Aandachtspunten	5
3. Aanbevelingen	9
Bijlage 1: Schema van een ziekenhuisfactuur	12
Bijlage 2: Woordenlijst voor kosten in het ziekenhuis	13
Bijlage 3: illustraties van tarieven van ziekenhuizen	16

1. Het wetgevend kader ter bescherming van de patiënt

Er bestaat in België en in Europa heel wat regelgeving om patiënten te informeren over en beschermen tegen de ongekende kostprijs van niet-terugbetaalde producten en diensten.

Art. 7, §2 en art 8 van de Patiëntenrechtenwet¹ voorzien dat de patiënt, op zijn / haar vraag, het recht heeft op schriftelijke communicatie in duidelijke taal én recht heeft op geïnformeerde, voorafgaandelijke en vrije toestemming. De informatie waarop de patiënt recht heeft is bovendien uitgebreid en wordt op niet-limitatieve wijze opgesomd in de wet: de informatie heeft betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. De patiënt moet ook geïnformeerd worden over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.

De patiënt moet dus vooraf en duidelijk geïnformeerd worden over de kostprijs van goederen en diensten die in het ziekenhuis aangeboden worden.

Ook **artikel 4 van de Europese richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011** betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg schrijft voor dat men de patiënt moet informeren over de prijzen binnen de zorg in het kader van diens geïnformeerde toestemming².

¹ Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S. 26 september 2002; [patientenrechten folder nl-2020_002.pdf \(belgium.be\)](#)

² "2. De lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, draagt er zorg voor dat de zorgaanbieders relevante informatie om individuele patiënten te helpen om met kennis van zaken een keuze te maken, onder meer over mogelijke behandelingen, over de beschikbaarheid, de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg die zij in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, verlenen en dat zij ook duidelijke facturen opstellen en duidelijke informatie verschaffen over de prijzen, alsmede over hun vergunnings- of registratiestatus, hun verzekeringsdekking of andere individuele of collectieve vormen van bescherming met betrekking tot de beroepsaansprakelijkheid. Voor zover zorgaanbieders patiënten die wonen in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, hierover al de nodige informatie verstrekken, verplicht deze richtlijn de zorgaanbieders niet patiënten uit andere lidstaten uitgebreider voor te lichten; [...]"

2. Analyse – Aandachtspunten

1. Informatie voor de patiënt over niet-terugbetaalde kosten verbonden aan een ziekenhuisopname is onvoldoende duidelijk

De opnameverklaring en de lijst met de kostprijs van producten en diensten

Bij opname in een ziekenhuis vervolledigt en ondertekent de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger een opnameverklaring³. De patiënt bepaalt op dat ogenblik zijn kamerkeuze. De opnameverklaring legt dit vast en geeft een schriftelijk overzicht van de financiële voorwaarden van het ziekenhuis. Door dit document te ondertekenen stemt de patiënt in met de aangerekende kosten. Patiënten zijn zich echter vaak niet bewust dat zij indirect toestemming gegeven hebben door de opnameverklaring te ondertekenen.

De inhoud van de opnameverklaring is wettelijk vastgelegd en bevat volgende elementen:

1. de financiële informatie over de kamersupplementen, ereloonsupplementen, voorschot en het persoonlijk aandeel in de verblijfkosten;
2. het keuzevak waarop de patiënt aanduidt welk kamertype hij kiest;
3. de toelichting en prijslijst van courante producten en diensten (zoals verbanden, wondsponzen, ander hygiënisch materiaal, telefoontarieven, ...)

De toelichting bij de opnameverklaring verwijst naar een lijst met de kostprijs van producten en diensten. Na een screening van een aantal van deze lijsten die als voorbeeld op de websites van ziekenhuizen worden aangeboden (zie de vijf voorbeelden in bijlage) hebben we twijfels of deze lijsten voldoende begrijpelijk of overzichtelijk zijn opgesteld voor patiënten.

- de systematiek in de opmaak van deze lijsten ontbreekt. Er zijn geen vaste rubrieken (behalve de rubriek met kosten verbonden aan materniteit). De ene lijst is bij ziekenhuis A heel kort, de andere bij ziekenhuis B is heel uitgebreid;
- de tarieven van de aangerekende producten en diensten verschillen zeer sterk tussen de ziekenhuizen;
- er worden beroepstermen gebruikt die patiënten en bij uitbreiding de burger niet vertrouwd zijn. Bv. wanneer het gaat om bepaalde verstrekkingen zoals “moisture meting”, “thermografie”, “facetinfiltratie”...;
- de productenlijst verwijst vaak enkel naar de namen van de producenten en de patiënt weet niet noodzakelijk waarover het gaat bijv. Tegaderm (soort verband), COZYCARE BUNTING PREMIE, flexishield AMEDA, PDE etc. Een korte toelichting in de productenlijst bij het gebruik van dergelijke termen kan de begrijpbaarheid voor de patiënt verhogen;
- de mix tussen niet-medische en medische kosten maakt de lijst heel verwarrend en onoverzichtelijk. Hier is een duidelijk onderscheid tussen beide belangrijk.

De mogelijkheid zich goed te informeren hangt vandaag te veel af van de voorkennis, de tijd en de energie die de patiënt kan investeren in het opnemen en begrijpen van de verstrekte informatie. Uit meerdere studies weten we ook dat de digitale geletterdheid en gezondheidsvaardigheden van heel wat Belgen niet zo hoog is. Voor laaggeletterde personen is het probleem nog groter, aangezien zij het sowieso al moeilijk hebben om geschreven informatie voldoende te begrijpen. Een opnameverklaring en lijst van producten en diensten moet daarom in eenvoudig, begrijpbare taal zijn opgesteld, zodat alle burgers kunnen bereikt worden.

Uit onze screening blijkt dat de opmaak en samenstelling van de opnameverklaring en de lijst van producten en diensten fors beter kan. Ook moet de patiënten zelf het initiatief nemen om meer inzicht te krijgen in de kosten. De patiënt moet er zelf naar vragen of de relevante informatie opzoeken. De verantwoordelijkheid mag echter niet alleen bij de patiënt liggen.

³ Koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis, *B.S. 14 juli 2004*; https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2004061736&table_name=wet

- de opnameverklaring bevat slechts een deel van de (niet-terugbetaalde) kosten verbonden aan een ziekenhuisopname;
 - er wordt in de opnameverklaring verwezen naar een aparte lijst met een overzicht van producten en diensten.
 - De patiënt kan die raadplegen op de website van het ziekenhuis, al gebeurt het dat ook op de website de informatie onvolledig is of de lijst niet online staat.
 - Soms wordt dergelijke lijst ter beschikking gesteld aan patiënten aan het onthaal van het ziekenhuis. De patiënt moet deze dan actief opvragen.
- In beide gevallen wordt van de patiënt een extra inspanning verwacht waartoe zij door hun gezondheidstoestand niet altijd in staat zijn.
- de patiënt weet niet noodzakelijk op welke diensten en producten betrekking (kunnen) hebben op diens ziekenhuisopname;

De praktijk leert dus dat de theoretische verwachting om de opnameverklaring aan de patiënt te bezorgen voor de eigenlijke opname niet altijd werkbaar is. Heel wat patiënten krijgen hun opnameverklaring pas te zien op het moment van opname. Het ontbreekt hen dan aan de tijd en ruimte om deze documenten grondig te lezen, laat staan te begrijpen. In de praktijk is er dus van “geïnformeerde toestemming” niet altijd sprake. Een mogelijke piste kan zijn om een pre-opname gesprek te houden rond kostprijs en administratieve informatie.

De ziekenhuisfactuur is onvoldoende gedetailleerd

Sinds een aantal jaren wordt de ziekenhuisfactuur opgemaakt volgens een vast schema, zie bijlage 1. Deze indeling maakt het eenvoudiger voor de patiënt om de factuur na te kijken en te controleren.

Maar hierbij stellen we vast dat er onder de rubriek ‘diverse kosten’ nog heel wat medische en niet-medische kosten voor producten en diensten vallen waarvoor de kostprijs voor de patiënt oploopt. Helaas biedt de ziekenhuisfactuur geen transparante blik op aangerekende kosten, laat staan dat de patiënt – op basis van de factuur en dus a posteriori - kan achterhalen waarom iets werd aangerekend.

Hier volgt een voorbeeld van een factuur voor een ziekenhuisopname waar volgende kosten worden doorgerekend:

- 8208,23 ZIV tussenkomst
- 11,6 euro remgeld

- 540,49 euro kost niet-terugbetaalde medische producten, samengesteld als volgt:

- categorie D - Niet-geforfaitariseerde specialiteiten = 0756626
- Niet-vergoedbare laboratoriumverstrekkingen = 0960046
- Andere parafarmaceutische producten = 0960400
- Kamercomfort = 0960503

Enkele opmerkelijke vaststellingen: onder de categorie D - Niet-geforfaitariseerde specialiteiten worden 46 eenheden aangerekend voor een totaal bedrag van 178,7 euro zonder verdere toelichting/omschrijving waarover dit gaat. Ook zijn niet alle omschrijvingen voor een patiënt en zelfs voor de ziekenfondsen even begrijpbaar, denk aan procalc, respiratoir panel?

Étiquettes de lignes	Nombre de Code prest.	Somme de Mt. sup.
0756626	51	199,75
	46	178,7
ISO-BETADINE TULLE IOXIOCM	2	5,76
SUPRANE VR INHAL OPL 1 ML FL ALUMINIUM	1	12,15
THEOSPIREX INJ 10 ML 200 MG	1	1,57
XYLOCAINE GEL 2% 10 ML	1	1,57
0960046	6	188,15
DOS. GLYCOHEMOGLOBINE IN HEMOL	1	8,15
PRO BNP (G)	2	50
PROCALC - (G)	1	20
RESPIRATOIR PANEL - (G)	2	110
0960400	11	152,59
AVENE CICALFATE + CREME 40 ML	3	42
CAVILON SPRAY 28 ML	2	34,96
CAVILON SWAB 1 ML	1	19,26
CUTIMED ACUTE 10 % SCHUIM 125 ML	1	14,71
ROSIDAL K 22202 KORTE REK VERBAND 10 CM	1	15,88
SANOSKIN MELLADERM PLUS ZALF GEL 50 G	1	15
SENSODYNE COMPLETE PROTECTION 75ML	1	5,79
SENSODYNE REPAIR TANDENBORSTEL STUK	1	4,99
0960503	5	222,69
ACCOMMODATIE TWEEPERSOONSKAMER	5	222,69
Total général	73	763,18

Wanneer de patiënt de ziekenhuisfactuur betaalt, kan er slechts met moeite op teruggekomen worden. Het is meestal niet duidelijk hoe de patiënt verduidelijking kan vragen of eventueel een klacht kan neerleggen tegen de factuur of hoe hij de factuur kan betwisten, als de patiënt al zicht heeft op onterecht aangerekende kosten.

Vanwege de complexiteit doen veel patiënten beroep op derden om hun factuur te betwisten, hierbij denken we hoofdzakelijk aan ziekenfondsen, consumentenorganisaties en patiëntenverenigingen. De praktijk leert dat ziekenhuizen wanneer de factuur betwist wordt, regelmatig overgaan tot het schrappen van onterecht aangerekende kosten. Maar het kan niet de bedoeling zijn dat een patiënt slechts beschermd is door een eventuele klachtenprocedure bij dergelijke factuur. De patiënt zou in een eerste fase op basis van duidelijke informatie zelf in staat moeten zijn een factuur te betwisten zonder hij/zij hiervoor al onmiddellijk beroep moet doen op derden die pas in een tweede of latere fase dienen tussen te komen.

2. Er ontbreekt een zicht op niet-terugbetaalde kosten verbonden aan een ziekenhuisopname

Er is onvoldoende zicht op de niet-terugbetaalde medische producten en diensten verbonden aan een ziekenhuisopname. Dit wordt niet opgenomen in de ziekenhuisbarometer van de verzekeringsinstellingen, omdat zij niet over de gegevens beschikken.

De ziekenhuisbarometer is een analyse van de ziekenhuisfacturen en -opnames die door het Intermutualistisch Agentschap (kortweg "IMA") uitgevoerd zijn. Zij vergelijken de kosten in de ziekenhuisfactuur en brengen de evolutie van de kostprijs in kaart. Onder 'overige supplementen' verstaan ze de verstrekkingen waarvoor geen terugbetaling voorzien wordt. Deze bedragen worden niet wettelijk vastgelegd en kunnen dus per ziekenhuis of per arts verschillen.

Toch blijft het moeilijk om de omvang van de niet-terugbetaalde medische producten en diensten in kaart te brengen. Dit komt omdat de facturatiegegevens onvoldoende gedetailleerd zijn om een totale analyse van deze kosten te maken. Op de facturielijsten, die rechtstreeks bij de ziekenfondsen komen, staan bovendien nog minder details dan op de patiëntenfactuur. We bepleiten dat de verzekeringsinstellingen volledige informatie zouden ontvangen in respect met de GDPR-dateregels, zo kan er een beter zicht worden gekregen op de omvang van de problematiek en kan er meer proactief te werk worden gegaan met oog op de bescherming van de patiënt. Wij pleiten ervoor dat deze gegevens vervolgens worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden (KCE, IMA, ...) om duidelijke aanbevelingen en richtsnoeren voor ziekenhuizen op te stellen teneinde dit aandeel van de kosten van niet-vergoede medische diensten en producten tijdens de ziekenhuisopname, en meer in het algemeen de kosten die de patiënt tijdens de ziekenhuisopname draagt, te harmoniseren en te verminderen.

Daarnaast bestaat er ook geen eenvormige lijst van mogelijke producten en diensten zoals eerder aangegeven. De prijslijsten op de websites van de ziekenhuizen verschillen onderling heel sterk en zijn niet transparant opgesteld.

Het ontbreken van transparantie in de aangerekende medische niet-terugbetaalde kosten van producten en diensten zorgt er voor dat het onderzoek niet resulteert in een helder beeld op deze kosten. Bovendien maakt het gebrek aan duiding over de meerwaarde van het middel of de behandeling de patiënt ook monddood voor inspraak bij zijn behandeling.

3. Aanbevelingen

Het Observatorium heeft verschillende aanbevelingen om er voor te zorgen dat de patiënt, zowel voorafgaand aan een ziekenhuisopname als nadien, beter geïnformeerd is over de kosten verbonden aan diens ziekenhuisopname. Hiermee wenst het Observatorium bij te dragen aan een échte geïnformeerde toestemming van de patiënt.

1. Het Observatorium pleit voor een transparante en gestandaardiseerde lijst van diensten en producten.

De patiënt moet een transparante en duidelijke lijst krijgen van de niet-medische producten en diensten. We bepleiten er bovendien voor dat een exhaustieve lijst wordt gepubliceerd (verplicht) op de website van elk ziekenhuis en dat deze lijst, in begrijpbare taal en thematisch gestructureerd ook wordt overhandigd aan de patiënt voor de ziekenhuisopname. Belangrijk is dat deze teksten ook toegankelijk zijn voor laaggeletterde personen, die het moeilijk hebben om schriftelijke informatie voldoende te begrijpen.

Concreet betekent dit voor het Observatorium dat deze lijst

- samengevoegd wordt met de opnameverklaring;
- volgens een vast schema opgemaakt wordt, met vaste rubrieken;
- toelaat om de tarieven tussen de ziekenhuizen onderling te vergelijken, bij voorkeur vastgelegd;
- termen bevat die patiënten kennen, of die hen verduidelijkt worden; patiënten kunnen betrokken worden bij de opmaak van de lijst; dit is een garantie dat deze lijst leesbaar is voor een gemiddelde patiëntenpopulatie;
- de producten vernoemt met omschrijving (niet met de benaming van de producenten);
- toelaat aan de patiënt om zoveel als mogelijk te zien welke kosten specifiek gelden voor zijn ziekenhuisopname;
- opgemaakt wordt volgens duidelijke richtlijnen over inhoud en waar de lijst moet gepubliceerd worden;
- regelmatig geactualiseerd wordt. Verstrekingen die niet expliciet op de lijst worden aangegeven, kunnen niet aangerekend worden.

2. Het Observatorium vraagt dat de patiënt vooraf aan een ziekenhuisopname geïnformeerd wordt over de kosten, terugbetaald en niet-terugbetaald, die de opname met zich mee zal brengen.

Vooraf goed geïnformeerd zijn van de patiënt betekent voor het Observatorium dat

- de patiënt voorafgaand aan de opname geïnformeerd wordt en uiterlijk op het moment van de opname zelf, wat de uitzondering zou moeten zijn, tenzij het gaat om een spoedopname of onverwachte opname;
- de patiënt op een rustig moment vooraf geïnformeerd wordt zodat hij niet tekent voor geïnformeerde toestemming (zoals bedoeld door de wetgeving) zonder de opnameverklaring en de lijst van diensten producten ⁴ volledig gelezen te kunnen hebben;
- het ziekenhuis, de zorgverlener of maatschappelijk werker expliciet aanbiedt om toelichting te geven bij de lijst; b.v. wat houdt een forfait in?
- de patiënt niet zelf expliciet moet vragen of zoeken naar de lijsten;
- de lijst digitaal en op papier ter beschikking is voor de patiënt;
- de patiënt zicht heeft op de producten die betrekking kunnen hebben op diens ziekenhuisopname;

⁴ Geanonimiseerde voorbeelden hiervan zijn te vinden in bijlage 3.

- de patiënt duidelijk weet welke producten en diensten al dan niet terugbetaald worden.
- de patiënt weet welke artsen (zorgverleners) zijn dossier opvolgen en hij geïnformeerd wordt over de conventiestatus van de zorgverstrekker(s) en over de financiële gevolgen hiervan;

3. Het Observatorium vraagt dat de ziekenhuisfactuur verder verduidelijkt wordt.

De rubriek 'diverse kosten' op de patiëntenfactuur moet voor elk item verduidelijkt worden. Het mag niet meer toegelaten zijn om een kost niet te specificeren. Evenmin volstaat het om een item te omschrijven in generieke bewoordingen al dan niet aangevuld met een (pseudo)nomenclatuurnummer. De naam van het product of de dienst en de kostprijs, moet voor de patiënt duidelijk zijn zodat een eerste controle door de patiënt mogelijk is. Opdat een patiënt werkelijk de kosten kan controleren, zouden ze in een ideale wereld best per opnamedag geklasseerd worden. Dit zou de patiënt toelaten om na te gaan of de aanrekening overeenstemt met de verstrekte zorgen tijdens de ziekenhuisopname.

De patiënt moet ook aangemoedigd worden om de ziekenhuisfactuur wanneer onduidelijk, te controleren of te laten controleren. Zo zouden in de brief aan de patiënt gegevens kunnen opgenomen worden over wie te contacteren ingeval van vragen, bij onduidelijkheid of indien niet akkoord met bepaalde aanrekeningen, vooraleer tot betaling over te gaan.

4. Het Observatorium vraagt dat de patiënt alle kansen krijgt om zijn recht op geïnformeerde toestemming uit te oefenen.

Naast het feit dat de patiënt vooraf kennis moet kunnen verwerven over de kosten verbonden aan de ziekenhuisopname en dat deze kennis kan gevoed worden door een goed opgestelde opnameverklaring en lijst van diensten en producten, is er meer nodig om de patiënt in staat te stellen een geïnformeerde keuze te maken. Hiermee verwijst het Observatorium naar advies voor de patiënt tijdens het beslissingsproces en de dialoog met (o.a.) de behandelende arts.

Een *goed uitgebouwd beslissingsproces* dat voorafgaat aan een ziekenhuisopname maakt dat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken. De zorgverlener adviseert de patiënt over de behandelopties (zo die er zijn), wat die inhouden, de pro's en contra's hiervan, welke kosten er aan verbonden zijn en de mogelijks te verwachten financiële impact voor de patiënt. De patiënt maakt, samen met de zorgverlener, een keuze. Als er bijvoorbeeld gekozen wordt voor een niet-terugbetaald product, dient de patiënt vooraf te weten waarom dit een meerwaarde biedt, wat de kostprijs is, of er goedkopere alternatieven voorhanden zijn én dient hij akkoord te zijn met het gebruik. De patiënt mag en kan ook behandelingen, producten en diensten weigeren.

Punt is: de patiënt kan alleen maar een weloverwogen keuze maken wanneer de zorgverlener zijn deskundige en adviserende rol ten volle opneemt. Kortom, wanneer er werkelijk sprake is van een vertrouwensrelatie tussen (o.a.) de behandelende arts en de patiënt, en dus ook van een *doorgedreven dialoog* tussen hen. Het welslagen van de ziekenhuisopname ligt dus bij alle betrokkenen: ziekenhuis, zorgverlener(s) en patiënt.

5. Het Observatorium beveelt aan dat niet-terugbetaalde kosten verbonden aan ziekenhuisopnames geregistreerd worden.

Het belang van registratie van producten en diensten kan niet onderschat worden.

Het Observatorium beveelt sterk aan dat factureringsgegevens over niet-vergoede medische producten en diensten op meer gedetailleerde en transparante wijze worden gedeeld met de verzekeraars, met inachtneming van de bescherming van gezondheidsgegevens, zodat zij kunnen worden gebruikt voor verder onderzoek en analyse (Ziekenhuisbarometer, KCE, enz.).

Registratie van en onderzoek naar niet-terugbetaalde kosten bij ziekenhuisopname kan de grootte van deze problematiek in kaart brengen bij patiënten met een chronische ziekte en bij kwetsbare groepen. Registratie en onderzoek vragen dat ziekenhuizen worden verplicht om de aanrekening van producten en diensten voldoende te detailleren.

Bij verder onderzoek vragen we specifiek aandacht voor de betaalbaarheid voor personen met het statuut chronische aandoeningen en personen met verhoogde tegemoetkoming.

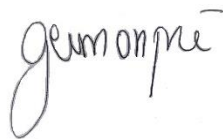
6. Het Observatorium vraagt om systematisch onterecht aanrekenen van bepaalde kosten te sanctioneren.

Vanuit het werkveld bereiken ons signalen dat er problemen zijn met het systematisch aanrekenen van onterechte kosten. Voorbeelden zijn forfait accommodatiekosten (zit al in de ligdagprijs), wifi (bv. ook bij mensen op intensieve zorgen), mortuariumkosten (mogen enkel gevraagd worden als de familie dit verzoekt), extra's aangerekend bij een geconventioneerde zorgverlener, flessen water zonder specifiek verzoek.

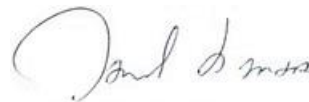
Op dit moment hangt controle en betwisting van de ziekenhuisfactuur voornamelijk af van de alertheid en mondigheid van de patiënt. De patiënt zelf, of derden die voor de patiënt opkomen: diens ziekenfonds, Test-Aankoop of een patiëntenvereniging die in het verweer gaat. Het is belangrijk dat de patiënt op de hoogte is van het bestaan van organisaties, die in zijn naam kunnen optreden, de ziekenhuisfactuur kunnen nakijken en indien nodig, betwisten.

We vragen vanuit het Observatorium een fundamentele, sluitende aanpak voor het systematisch verkeerd aanrekenen van onterechte kosten. Met een duidelijk wettelijk kader, monitoring van de uitvoering, stimulansen voor goede praktijken en indien nodig sancties wanneer een ziekenhuis het geldende wetgevingskader blijft negeren en/of bepaalde kosten systematisch onterecht blijft in rekening brengen.

Met de meeste hoogachting,



Siska Germonpré



Daniel Simar

Voorzitster van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor Chronische Ziekten

Vice-voorzitter van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor Chronische Ziekten

Bijlage 1: Schema van een ziekenhuisfactuur

Sinds een aantal jaren wordt de ziekenhuisfactuur opgemaakt volgens een vast schema.

Eerst is er een globaal overzicht van de ziekenhuiskosten, opgedeeld in acht rubrieken:

1. verblijfskosten (zoals gebruik van kamer en bed, maaltijden, verpleegkundige hulp,...)
2. forfaitaire kosten (zoals forfait medische beeldvorming, forfait klinische biologie of forfait geneesmiddelen)
3. apotheek (kosten voor geneesmiddelen, implantaten en medische hulpmiddelen)
4. honoraria (voor artsen en andere zorgverleners waarvoor je een persoonlijk aandeel of supplement moet betalen)
5. andere leveringen (bijv. gipsmaterialen of bloedproducten)
6. ziekenvervoer (kosten voor dringend en niet-dringend ziekenvervoer)
7. diverse kosten (niet-medische kosten zoals gevraagde dranken of huur van koelkast. Het ziekenhuis heeft een lijst met tarieven hiervoor)
8. BTW op esthetische ingrepen

Op de tweede pagina volgt een gedetailleerd factuur, opgesplitst per rubriek, met drie kolommen:

1. Een kolom 'ten laste van ziekenfonds'
2. Een kolom 'ten laste van de patiënt'
3. Een kolom 'supplementen'

Bijlage 2: Woordenlijst voor kosten in het ziekenhuis

Inleiding

Als je wordt behandeld en/of opgenomen in het ziekenhuis dan ben je zelf verantwoordelijk voor de betaling van de kosten. Het is voor patiënten niet altijd makkelijk om een weg te vinden in alle verschillende kostprijselementen. Deze woordenlijst legt een aantal belangrijke begrippen rond kostprijs in het algemeen ziekenhuis op een laagdrempelige manier uit.

Tegemoetkoming van het RIZIV

In België is de ziekteverzekering voor iedereen verplicht. Dit wil zeggen dat je je moet aansluiten bij de ziekteverzekering en een sociale zekerheidsbijdrage moet betalen. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) beheert deze verplichte verzekering. De ziekenfondsen en de hulpkas doen de administratie en uitbetalingen aan patiënten. Indien je niet verzekerd bent, zijn alle kosten voor jou als patiënt en ontvang je geen enkele terugbetaling.

Conventionering/conventiestatus

Artsen maken om de twee jaar tariefafspraken met de ziekteverzekering. Dat zijn afspraken over de bedragen die de ziekteverzekering terugbetaalt en het ereloon dat de arts ontvangt. Elke arts kiest of hij zich al dan niet aan deze prijsafspraken houdt. Als hij dat doet dan treedt hij toe tot deze conventie. Geconventioneerd zijn betekent dus dat de arts zich houdt aan de vastgelegde prijsafspraken.

Een arts kan zich op 3 manieren conventioneren:

- Volledig geconventioneerd: De arts houdt zich aan de afgesproken prijzen en rekent geen extra kosten (zoals ereloon-supplementen) aan.
- Gedeeltelijk geconventioneerd: De arts is slechts op bepaalde momenten geconventioneerd (Bijvoorbeeld hij is geconventioneerd tijdens zijn raadplegingen in het ziekenhuis maar niet tijdens de raadplegingen in zijn privépraktijk). Wanneer hij niet geconventioneerd is, mag hij ereloon-supplementen aanrekenen. Deze momenten moeten wel duidelijk aangegeven worden.
- Niet geconventioneerd: De arts moet geen rekening houden met de prijsafspraken.

Als je kiest voor een geconventioneerde arts, krijg je evenveel terugbetaald van de ziekteverzekering als bij een niet-geconventioneerde arts. Maar een niet-geconventioneerde arts mag extra kosten aanrekenen en je zal dus meer uit eigen zak moeten betalen. Het bedrag dat je als patiënt op het einde van de rit zelf moet betalen, wordt het **remgeld** of persoonlijk aandeel genoemd. Bij een niet-geconventioneerde arts betaal je ook supplementen.

Of je arts geconventioneerd is, vind je terug op de site van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering: <https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/zorgverlener-zoeken.aspx> . Zoek dit zeker op voor je een afspraak maakt of vraag dit na als je een afspraak plant.

Let op: de conventiestatus van een arts zegt niets over de kwaliteit van zorg die hij of zij levert.

Wettelijk persoonlijk aandeel per dag van opname met overnachting of ligdagprijs

De ligdagprijs is de kost die per dag wordt aangerekend voor je verblijf en de verzorging in het ziekenhuis. Hieronder vallen bijvoorbeeld maaltijden, het bed en de zorg van de verpleegkundigen. Deze kost wordt enkel aangerekend bij een overnachting. De kosten zijn afhankelijk van de duur van je opname. De prijs is hetzelfde in ieder ziekenhuis. Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming betalen een kleiner persoonlijk aandeel.

Honoraria of erelonen

De honoraria of erelonen zijn de bedragen die de zorgverleners (artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, enz.) of de verzorgingsinstellingen (ziekenhuizen, laboratoria, enz.) mogen aanrekenen om je een behandeling, verzorging of consultatie te geven. Hiervan betaalt de ziekteverzekering meestal een stuk terug. Meestal schiet je als patiënt het stuk van de ziekteverzekering eerst voor en betaalt de ziekteverzekering dit nadien terug.

Het verschil tussen de honoraria of de kosten en het bedrag dat je terugkrijgt van de ziekteverzekering, betaal je als patiënt uit eigen zak. Dit is het persoonlijk aandeel of remgeld.

Honorarium - bedrag dat ziekteverzekering betaalt = kostprijs die de patiënt betaalt

De hoogte van het honorarium dat een zorgverlener mag aanrekenen, is vastgelegd door het RIZIV. Bekijk de vaste kosten op <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/default.aspx> .

Honorariasupplementen of ereloonsupplementen

Wanneer je bewust kiest voor een éénpersoonskamer of wanneer je op consultatie gaat bij een niet-geconventioneerde arts mag de arts die je behandelt bovenop het honorarium of ereloon een **ereloonsupplement of meerprijs** aanrekenen. Hoeveel dat supplement bedraagt wordt uitgedrukt in procenten. Het ereloonsupplement betaal je bovenop het gewone basistarief van het ereloon.

Bijvoorbeeld bij een ereloonsupplement van 300 % en een basistarief van 100 euro:

Ereloon + ereloonsupplement = totaalprijs

€100 + (3 x €100) = 400 euro

Deze ereloonsupplementen gelden voor de behandelende arts, maar ook voor andere artsen die bij jouw ingreep of behandeling betrokken zijn (bijvoorbeeld anesthesist, cardioloog, ...).

• Mag een arts een ereloonsupplement aanrekenen bij een consultatie?

	Geconventioneerde arts	Gedeeltelijk geconventioneerde arts	Niet-geconventioneerde arts
Consultatie	Neen	Ja, afhankelijk van plaats, dag en uur	Ja

Als je een ereloonsupplement aangerekend krijgt omdat je kiest voor een éénpersoonskamer, wordt dit ook wel een kamersupplement genoemd. Enkel als je voor een éénpersoonskamer kiest, mag een supplement aangerekend worden.

• Mag een arts ereloonsupplementen/kamersupplement aanrekenen bij een opname?

	Geconventioneerde arts	Gedeeltelijk geconventioneerde arts	Niet-geconventioneerde arts
Opname op tweepersoonskamer	Neen	Neen	Neen
Opname op éénpersoonskamer	Ja, maximum afhankelijk van ziekenhuis	Ja, maximum afhankelijk van ziekenhuis	Ja, maximum afhankelijk van ziekenhuis

Consultatie

KOSTEN GEZONDHEIDSZORG		
Wettelijk tarief zoals vastgelegd in de prijsafspraken		Ereloonsupplementen
Terugbetaald deel / tegemoetkoming	Persoonlijk aandeel	
	Kosten voor patiënt bij geconventioneerde arts	
Kosten voor patiënt bij niet-geconventioneerde arts		

Opname met overnachting

KOSTEN GEZONDHEIDSZORG		
Wettelijk tarief zoals vastgelegd in de prijsafspraken		Ereloonsupplementen
Terugbetaald deel / tegemoetkoming	Persoonlijk aandeel / remgeld	
	Kosten voor patiënt bij keuze voor meerpersoonskamer	

Forfaitaire bedragen

Een forfaitair bedrag is een vast bedrag dat je per dag betaalt. Een ziekenhuis mag je bij elke opname vier vaste bedragen aanrekenen, ook als je geen gebruik maakt van deze diensten.

Je betaalt een vast bedrag of forfait voor:

- klinische biologie (onderzoeken in het laboratorium);
- medische beeldvorming (bijvoorbeeld. maken van foto's en echo's);
- wachtdienst en technische verstrekkingen;
- geneesmiddelen.

Bijkomende producten en diensten

Er zijn ook kosten voor producten en diensten (bijvoorbeeld telefoon, water, internet ...) tijdens je verblijf in het ziekenhuis. Deze kosten worden volledig betaald door de patiënt. De prijs van deze diensten is afhankelijk van het ziekenhuis waar je verblijft.

Derde-betalersregeling

Als je zorgverlener de derde-betalersregeling toepast, dan betaal je hem alleen het bedrag dat je uit eigen zak betaalt (het persoonlijk aandeel of remgeld) en eventueel een supplement als de zorgverlener niet-geconventioneerd is bij een consultatie of als je kiest voor een éénpersoonskamer bij een opname.

Je schiet het andere deel van het wettelijk tarief dus niet voor in dit geval. Jouw ziekenfonds zal die tegemoetkoming rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.

In dat geval moet je dus geen getuigschriften voor verstrekte hulp naar jouw ziekenfonds sturen.

Verhoogde tegemoetkoming

Dankzij de verhoogde tegemoetkoming zijn raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisatie, enz. goedkoper. Als je recht hebt op de verhoogde tegemoetkoming betaal je een lager persoonlijk aandeel. De prijs van je raadpleging, geneesmiddel ... blijft hetzelfde, maar de ziekteverzekering voorziet een hogere tussenkomst. Dat zorgt ervoor dat het persoonlijk aandeel voor de patiënt met een verhoogde tegemoetkoming lager is.

Een zorgverstreker die niet geconventioneerd is, kan een supplement aanrekenen. Als je recht hebt op de verhoogde tegemoetkoming moet je nog steeds dat aangerekende supplement betalen. De enige manier om niet langer supplementen te moeten betalen, is overstappen naar een geconventioneerde zorgverlener.

In bepaalde gevallen heb je automatisch recht op een verhoogde tegemoetkoming. In andere gevallen moet je daarvoor bij jouw ziekenfonds een aanvraag indienen. Je kan makkelijk controleren of recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming. Op het kleefbriefje van je ziekenfonds staat een code van zes cijfers. Wanneer het derde cijfer een 1 is, heb je recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Meer informatie over de voorwaarden van een verhoogde tegemoetkoming vind je op de website van het RIZIV. Neem dan contact op met je ziekenfonds.

Maximumfactuur

De maximumfactuur is een systeem waarbij er een maximumbedrag aan kosten voor gezondheidszorg wordt vastgelegd. Al het remgeld dat een gezin betaalt, wordt doorheen het jaar opgeteld. Van zodra een maximumbedrag wordt overschreden, wordt ook het remgeld van de latere kosten terugbetaald. De maximumfactuur wordt automatisch berekend: je hoeft zelf niets te ondernemen om recht te hebben op terugbetaling via de maximumfactuur. Je kan bij je ziekenfonds navragen of je het maximumbedrag al bereikt hebt.

Bijlage 3: illustraties van tarieven van ziekenhuizen

Hier onder enkele illustraties van lijsten van producten en diensten. Deze keuze is eerder toevallig gemaakt en is geen waardeoordeel over de lijsten van de betrokken ziekenhuizen. Wat we hier boven vermelden als tekort geldt voor alle ziekenhuizen. De voorbeelden illustreren dat meer regelgeving nodig is om de patiënt beter te ondersteunen.

INFORMATIE TARIEVEN

I. Kamercomfort			
Telefoon		vaste kost	tarief per minuut
Nationaal		€ 0,05	€ 0,20
Internationaal (Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Polen, Spanje, Verenigd Koninkrijk)		€ 0,05	€ 0,22
Internationaal (Marokko, Saudi-Arabië, Syrië, Verenigde Staten, Zwitserland)		€ 0,05	€ 1,00
Internationaal (overige landen) (*)		€ 0,05	(*)
Speciale nummers (*)		€ 0,05	(*)
* Detailinformatie over uw telefoonkosten en (internationale) telefoontarieven, kan u oovragen bij de dienst medische administratie:			
Er kan tijdens de opname een voorlopige afrekening van de telefoonkosten gemaakt worden. Indien geen onmiddellijke betaling volgt, kan het ziekenhuis de telefooncode blokkeren.			
Internet			
Internet draadloos netwerk (niet op elke dienst beschikbaar)		gratis	
Koelkast			
Huur per dag (enkel beschikbaar op materniteit)		€ 1,48	
2. Eten en drinken			
Ontbijt begeleider op kamer patiënt		€ 9,36	
Middagmaal begeleider op kamer patiënt		€ 20,88	
Avondmaal begeleider op kamer patiënt		€ 9,36	
Ontbijt begeleider op kamer patiënt (materniteit)		€ 11,76	
3. Was			
4. Begeleider			
Verblijf familieleden			
Verblijf ouder op kamer kind (rooming-in) zonder ontbijt, per nacht		€ 10,00	
Verblijf ouder op kamer kind (rooming-in) met ontbijt, per nacht		€ 16,80	
Verblijf familielid op éénpersoonskamer (logement) zonder ontbijt, per nacht		€ 10,00	
Verblijf familielid op éénpersoonskamer (logement) met ontbijt, per nacht		€ 16,80	
Verblijf familielid op éénpersoonskamer materniteit (logement) zonder ontbijt, per nacht		€ 20,00	
Verblijf familielid op éénpersoonskamer materniteit (logement) met ontbijt, per nacht		€ 29,80	
5. Andere diverse goederen en diensten			
Verzorgingsmateriaal materniteit: verschillende tarieven beschikbaar op materniteit o.a.			
pampers (24 stuks, 1 pak voor < 3 kg) voor thuisgebruik	€ 5,40	fopspeen	€ 3,28
pampers (52 stuks, 1 pak voor 6-8 kg) voor thuisgebruik	€ 10,80	ijszakje 1 stuk	€ 2,78
pampers (36 stuks, 1 pak voor 2-5 kg) voor thuisgebruik	€ 7,56	kraamverband (10 stuks) vanaf pak 4	€ 1,63
afkolfset M	€ 5,40	moedermelktransport isolatietasje	€ 5,40
afkolfset L	€ 5,40	tepelhoedjes (1 doos) max. 3 dozen	€ 7,56
afkolfset XL	€ 5,40	verzorgingsset Galenco / Mustela	€ 22,70
borstcompressen (1 doos) vanaf doos 3	€ 1,64	vochtige doekjes Pampers (doos)	€ 2,66
digitale thermometer	€ 4,38	zelfspoeltoestel	€ 12,79
flexishield Ameda	€ 15,23		
Kapsalon: verschillende tarieven (informatie via verpleging/kapsalon/onthaal) o.a.			
wassen en knippen dames	€ 18,81	wassen en knippen heren	€ 15,30
wassen	€ 4,11		

Pedicure			
voetverzorging en manicure	€ 48,20		
Diverse materialen			
tulband muts	€ 12,94	kruk (per stuk)	€ 7,50
ecostep antislipkousen	€ 4,28	kruk kind (per stuk)	€ 13,39
octopuz headset	€ 5,00		

Al deze prijzen zijn exclusief BTW (indien BTW-heffing van toepassing).

RECHTSVERHOUDINGEN & AANSPRAKELIJKHEID tussen Ziekenhuis en Beroepsbeoefenaars KB 21.04.'07

Omdat elke patiënt ten opzichte van het ziekenhuis recht heeft op algemene en geïndividualiseerde informatie over de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars geven we graag de volgende toelichting.

Alle **artsen** zijn in principe werknemers van . De 'toegelaten artsen' echter, zijn zelfstandige artsen of onbezoldigde medewerkers. De artsen in opleiding zijn contractueel verbonden aan

Alle **verpleegkundigen, vroedkundigen en zorgkundigen** zijn als werknemer verbonden. Alle **andere zorgverstrekkers** zoals kinesisten, dietisten, ergotherapeuten, optometristen, orthoptisten, bandagisten, orthesisten, prothesisten, farmaceutisch-technisch assistenten, technologen medische beeldvorming, technologen medisch laboratorium, logopedisten en podologen zijn eveneens werknemer bij

is aansprakelijk voor de tekortkomingen begaan door alle bij hen werkzame beroepsbeoefenaars in verband met de eerbiediging van de rechten van de patiënt. Er worden geen beroepsbeoefenaars van deze centrale aansprakelijkheid uitgesloten.

Indien u voormelde informatie (statuut – het ziekenhuis is al of niet aansprakelijk) wenst te bekomen betreffende een individuele beroepsbeoefenaar (geneesheer, verpleegkundige,...) kan u deze - hii voorkeur schriftelijk - aanvragen bij

. Gelieve de naam van de beroepsbeoefenaar duidelijk te vermelden. U kan uw vraag voor informatie te allen tijde stellen, ook na de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

Het ziekenhuis is niet verantwoordelijk voor diefstallen of verlies van persoonlijke voorwerpen of eigendom.

'Omwille van privacy is het niet toegestaan om audiovisuele opnames te maken binnen het ziekenhuis, tenzij uitdrukkelijk geschreven toelating van

Tarievenlijst

Tarieven voor diensten en producten die de patiënt of de vertegenwoordiger vraagt, maar geen medische indicatie hebben.

	Diensten	Prijs
070004*	Kamercomfort	3,96 euro per dag
099524	1 overnachting op patiëntenkamer 'moeder en kind', inclusief ontbijt	14,70 euro
099524	1 overnachting (2 personen) op patiëntenkamer 'moeder en kind', inclusief 1 ontbijt	14,70 euro
070602		9,79 euro
070503*	1 overnachting op patiëntenkamer inclusief ontbijt	38,35 euro
070006*	Gebruik middagmaal op patiëntenkamer	16,71 euro
070007*	Gebruik avondmaal op patiëntenkamer	11,65 euro
070117*	Middagmaal (op dienst Medische oncologie)	10,45 euro
070118*	Soep (op dienst Medische oncologie)	1,40 euro
070424*	Mineraalwater	0,65 euro per dag
099639	Videobewaking per observatienacht in het slaaplaboratorium dienst Longziekten Videobewaking per observatienacht in het epilepsielaboratorium dienst Neurologie	23,56 euro
099682	Botdensitometrie dienst Endocrinologie	41,95 euro
070199	Medische voetverzorging (Caroline Verbrugge)	29,24 euro
070176	Silicone klein - dienst Orthopedie	26,78 euro
070177	Silicone groot - dienst Orthopedie	28,67 euro
070178	Teennagelbeugel	38,60 euro
070191	Kunstnagel	32,74 euro
070333	Podologisch consult	34,15 euro
070334	Kleine podologische interventie	17,56 euro
070335	Aanpassing beugel	6,31 euro
070336	Nagelbeschermingtampouche	2,91 euro
070337	Beschermende en drukontlastende verbanden	2,91 euro
070338	Consult pedicure	17,69 euro

070339	Behandeling ingegroeide nagel	17,56 euro
070340	Behandeling schimmelnagel	17,56 euro
099237	Gebruik mortuarium	75 euro per dag
099526*	Huur tv	1,98 euro per dag
099527*	Gebruik koelkast	1,98 euro per dag
099219*	Telefoongesprek	0,18 euro per tariefeenheid Telenet bepaalt de duur van de eenheid

(*) Sinds 1 januari 2022 zijn niet-therapeutische handelingen in ziekenhuizen niet langer vrijgesteld van btw. Op die prestaties rekenen we dus btw aan.

Tarieven 3:

Lijst met tarieven voor de niet door de ziekteverzekering terugbetaalde verstrekkingen en voor de uitzonderlijke supplementen op bepaalde verstrekkingen

Gewrichtspunctie	€ 16,42
Gewrichtspunctie onder scopie	€ 50,66
Blaaskatheterisatie	€ 9,86
Maagkatheterisatie	€ 9,86
24-uurs bloeddrukmeting	€ 33,44
Sportcardiologisch onderzoek	€ 71,09
Longfunctiebepaling – eNO-meting	€ 12,98
Onderzoek gangmat valkliniek	€ 34,48
Sedatie bij infiltratie pijnbehandeling	€ 68,96
OCT-onderzoek	€ 60,48
Subjectieve Refractie	€ 18,34
Cilindrische correctie	€ 178,76
Intravitreale injectie (bij overschrijding aantal zittingen per jaar)	€ 94,78
ESWT (electroshockwavetherapie)	€ 76,39
Botdensitometrie (nucleaire geneeskunde)	€ 102,50
Glucosemonitor	€ 63,80
Epidurale infiltratie pijntherapie	€ 119,18
RF lumbaal/sacraal niveau	€ 388,75
RF cervicaal niveau	€ 440,17
Facetinfiltratie	€ 111,02
Beeldversterker	€ 34,28
Supplement per uur voor anesthesie bij plastische heelkunde	€ 209,87
Stomatologie: ereloon plaatsen implantaten (prijs per implantaat)	€ 421,40
MKA: vrijleggen implantaat	€ 65
Stomatologie: supplement per uur voor anesthesie	€ 126,26 (kinderen tot 18 jaar + personen met een handicap) € 209,87 (volwassenen)
Vervaardigen en plaatsen Mandibulair Repositieapparaat type 1 buiten conventie	€ 1051,32
Vervaardigen en plaatsen Mandibulair Repositieapparaat type 2 buiten conventie	€ 715,05
Vervaardigen en plaatsen simulatiebeet	€ 156,78
Groot herstel MRA	€ 357,53
Klein herstel MRA	€ 238,35
Lumbale myelografie (RX)	€ 108,65
Cervicale myelografie (RX)	€ 151,28
RX thorax pré-operatief	€ 37,62
RX thorax pré-operatief + wachtprestaties	€ 84,64
RX schedel (geen ernstig faciaal trauma)	€ 61,12
RX schedel (geen ernstig faciaal trauma) + wachtprestatie	€ 155,17
Virtuele coloscopie	€ 68,95
Endoscopie hoger spijsverteringskanaal	€ 142,07
Toeslag MR-hoofd	€ 55,76
Toeslag MR-hals, borstkas of buik	€ 55,76
Toeslag MR-wervelzuil	€ 6,39
Toeslag MR-lidmaat	€ 55,76
Cone Beam klein skelet	€ 58,32
Cone Beam CT Dentalscan	€ 165,19
Sclerosering lymfocoele	€ 198,30
PDE	€ 123,75
Moisture Meting	€ 17,32
Indurometing	€ 17,32
Thermografie	€ 17,32
Herhaling uitstrijkje niet-terugbetaalbaar: afname + pathologisch onderzoek	€ 5,63 en € 32,41
Tweede lezing pathologie niet RIZIV	€ 12,96
HPV bepaling niet RIZIV	€ 67,90
Tweede EEG binnen het jaar voor patiënten zonder epilepsie	€ 78,41
Eerste consult podotherapeute incl. dossierkost	€ 39,82

Basis consult podotherapeute	€ 27,95
Sessies Mindfulness	€ 54,14
Consult psycholoog (CASPA, Mindfulness, kinderspsychotherapie, ...)	€ 72,47
Psychometrische onderzoeken	€ 76,32 per uur
OPV intake	€ 24,75
OPV opvolgsessie	€ 18,56
Consult diëtiste 1 uur	€ 57,88
Opvolgconsult diëtiste (30 minuten)	€ 28,94
BIA meting	€ 14,47
Body impedantiemeting	€ 41,71
Niet vergoedbare tandextracties	1 tot 3 tanden € 53 tot € 76 / vanaf 4 tanden € 41 tot € 47
Heelkundige tandextracties	€ 126,50
Tweede slaaponderzoek binnen het jaar	€ 271,38
Home Polygraaf (buiten conventie)	€ 116,64
Annulatieforfait niet nagekomen afspraak	€ 10 of € 20
Cone Beam CT PEDcat	€ 91,87
Dry needling sessie	€ 22,97
Meting-opvolging oogaslengte bij kinderen met progressieve myopie	€ 27,66
Parkeertarief TheA	€ 70
Multidisciplinair obesitas overleg	€ 35
Obesitas coördinator	€ 57,88

Hogervermelde bedragen zijn van toepassing vanaf 01/01/2023, al deze bedragen zijn indexeerbaar en volgen de gezondheidsindex.

Lijst met tarieven voor diverse bijzondere kosten

Reservatiekost éénpersoonskamer (voor patiënten in weekend)	€ 60,00
Verslag bewindvoering	€ 61,20
Gipsverbanden	Van € 5,60 tot € 50 naargelang de aard van het fixatiemateriaal en de lichaamsdelen
Hulpmiddelen Visionaire Techniek	€ 332,75 - € 405,71

Overzichtslijst met de prijzen van de door het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten

Rooming in (alleen mogelijk op éénpersoonskamer)

pediatrie: B&B: + € 35 all-in: + € 50	andere eenheden: B&B: + € 35
materniteit: B&B: + € 35	De Mantel: B&B: + € 35 all-in: + € 50
materniteit luxekamer: B&B: + € 35	V260 oncologie: B&B: + € 35 all-in: + € 50

Voeding en dranken

water buiten de maaltijden: forfaitair bedrag € 2,00/dag	andere producten: verkrijgbaar in de cafetaria aan de daar geafficheerde prijzen
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Niet terugbetaalbare producten geleverd door de ziekenhuisapotheek

Magnepamyl optimum stick: € 0,83/stuk	B-ijzer nutridoses caps: € 0,29/stuk
Stellaline steriel kompres: € 0,06 - € 0,32/stuk	Calciumcarbonaat fagron compr 1 g: € 0,52/stuk
Tasectan caps 500 mg: € 0,65/stuk	Olamine caps: € 0,25/stuk
Natriumbicarbonaat fagron compr 1 g: € 0,52/stuk	Thealoz duo oogdruppels: € 0,55
Uri-Cran compr: € 0,37/stuk	Erceflora caps 125 mg: € 0,77/stuk

Andere producten geleverd door de ziekenhuisapotheek en mee te nemen naar huis

kraamset (verzorgingsproducten pasgeborene): € 12,25	Afkolfset steriel: € 4,27
Mediven anti-trombose kousen (dij-of kuitkousen); tussen € 43,20 en € 44,00 naargelang de maat	Tepelhoedjes: € 9,90 per paar
Dermalex lippenbalsem: € 6,10	Eucerin PH5 douchedolie 200 ml: € 13,50
Pampers vochtige doekjes: € 1,41	Cold/Hot Pack: afhankelijk van de afmeting: tussen € 2,82 en € 6,50
Tandenborstel Sensodyne: € 3,27	Dermalex bodycreme ureum 500 ml: € 29,35
Tandpasta Sensodyne: € 4,82	Dentio blauw 0,12% mondwater 250 ml: € 7,20

Andere diensten

kapper: kennisname van tarieven bij aanvraag
was persoonlijk linnen: tarieven ter inzage aan onthaal + 12 % adm. kosten
Ergo-materialen: patiënt ondertekent aanrekeningsformulier en neemt hierbij kennis van prijzen.

De prijs voor andere producten en diensten die de patiënt wenst, is op eenvoudige vraag te bekomen bij het ziekenhuis.

Overzichtslijst actuele prijzen van de door het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten

Deze lijst is een niet-limitatieve opsomming van goederen en diensten, aangeboden aan de patiënt of een begeleidende persoon. Indien u meer informatie wenst m.b.t. de aanrekening van diverse kosten, kan u zich wenden tot de dienst facturatie

Kosten begeleidende persoon ¹	Prijs in € / dag
Overnachting begeleidende persoon	€ 5,00
Overnachting kind bij opgenomen patiënt	€ 5,00
Overnachting begeleidende persoon in de materniteit	€ 7,50
Rooming-in ouder/begeleider bij kind in basiskamer pediatrie	€ 5,00
Rooming-in ouder/begeleider bij kind in comfortkamer pediatrie (incl. ontbijt)	€ 17,50
Rooming-in ouder/begeleider bij verlengd verblijf pasgeborene in neonatologie in tweepatiëntenkamer (incl. maaltijden), max. 2 nachten	€ 30,00
Rooming-in ouder/begeleider bij verlengd verblijf pasgeborene in neonatologie in individuele kamer (incl. maaltijden), max. 2 nachten	€ 60,00
Rooming-in ouder/begeleider bij try-out i.f.v. ontslag pasgeborene uit neonatologie (incl. ontbijt)	€ 17,50
Rooming-in ouder/begeleider bij try-out i.f.v. ontslag pasgeborene uit neonatologie (incl. avondmaal en ontbijt)	€ 25,00

Extra dranken en maaltijden ^{2 3}	Prijs in €
Extra frisdrank	€ 2,10
Extra koffie	€ 2,10
Extra ontbijt	€ 9,00
Extra middagmaal	€ 12,00
Extra middagmaal in het dagziekenhuis	€ 12,00
Extra avondmaal (= boterhammen met beleg)	€ 9,00
Extra avondmaal (= koude schotel)	€ 12,00
Forfait water/dag (= water buiten de maaltijden)	€ 0,90

Gebruik telefoon op de kamer ^{2 3}	Prijs in €
Naar een vast toestel - daluren eerste tijdseenheid (= 4 minuten)	€ 0,62
Naar een vast toestel - daluren vanaf tweede tijdseenheid (= 6 minuten)	€ 0,50
Naar een vast toestel - piekuren eerste tijdseenheid (= 2 minuten)	€ 0,62
Naar een vast toestel - piekuren vanaf de tweede tijdseenheid (= 3 minuten)	€ 0,50
Naar een GSM - daluren eerste tijdseenheid (= 18 seconden)	€ 0,62
Naar een GSM - daluren vanaf tweede tijdseenheid (= 57 seconden)	€ 0,25
Naar een GSM - piekuren eerste tijdseenheid (= 8 seconden)	€ 0,62
Naar een GSM - piekuren vanaf de tweede tijdseenheid (= 28 seconden)	€ 0,25

¹ 21% BTW van toepassing, excl. pediatrie (vrijgesteld van BTW), tenzij op voorschrift arts, dan ook vrijgesteld van BTW

² De prijzen worden vermeld indien er geen terugbetaling door de ziekteverzekering voorzien is. In sommige gevallen biedt het ziekenfonds wel een extra tussenkomst vanuit de ledenbijdrage.

³ 21% BTW van toepassing (of uitzonderlijk een lagere tarificatie indien van toepassing)

Hand- en voetverzorging ^{2 3}	Prijs in €
Handverzorging (manicure)	€ 7,00
Basis voetverzorging (pedicure)	€ 15,00
Complexe voetverzorging (pedicure)	€ 17,00

Kapsalon ^{2 3}	Prijs in €
Brushing kort haar	€ 19,50
Brushing lang haar	€ 21,50
Los drogen (lang haar)	€ 14,50
Stijltang	€ 7,00
Watergolf	€ 19,50
Masker of vitaminekuur	€ 8,00
Damessnit	€ 19,50
Herensnit	€ 19,50
Jeugdsnit tot en met 18 jaar	€ 17,50
Kindersnit tot en met 12 jaar	€ 15,50
Balayage met één kleur	€ 41,00
Balayage met meerdere kleuren	+ € 8,00 / kleur
Kleuren	€ 36,00
Kleuren + flash balayage	€ 51,00
Kleurshampoo	€ 29,00
Permanent	€ 39,00
Extra dosis product	+ € 8,00 / kleur
Epilatie van de wenkbrauwen	€ 8,00
Kleuren van wimpers of wenkbrauwen	€ 8,00
Plix	€ 2,50
Trimmen baard	€ 3,50
Haarverzorging	€ 2,50

Podologie ²	Prijs in €
Zitting van 30 minuten	€ 30,00
Controlezitting	€ 20,00

Logopedie ²	Prijs in €
Zitting van 10 minuten	€ 9,76
Zitting van 15 minuten	€ 14,64
Zitting van 20 minuten	€ 19,52
Zitting van 30 minuten	€ 29,28
Zitting van 60 minuten	€ 58,81

Rookstopbegeleiding - Deelnemers gedomicilieerd in het Vlaams gewest	Prijs in €
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming (per kwartier)	€ 1,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben (per kwartier)	€ 7,50

Rookstopbegeleiding * - Deelnemers gedomicilieerd in Brussel of Wallonië	Prijs in €
Individuele zitting	€ 35,00

¹ 21% BTW van toepassing, excl. pediatrie (vrijgesteld van BTW), tenzij op voorschrift arts, dan ook vrijgesteld van BTW

² De prijzen worden vermeld indien er geen terugbetaling door de ziekteverzekering voorzien is. In sommige gevallen biedt het ziekenfonds wel een extra tussenkomst vanuit de ledenbijdrage.

³ 21% BTW van toepassing (of uitzonderlijk een lagere tarificatie indien van toepassing)

Rookstopbegeleiding - Verderzetting na sessies met terugbetaling door de ziekteverzekering	Prijs in €
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming (per kwartier)	€ 5,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben (per kwartier)	€ 10,00

Psychologische begeleiding volwassenen ²	Prijs in €
<i>Intakegesprek</i>	
Intakegesprek	€50,00
<i>Begeleidingsgesprek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
<i>Individuele gesprek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
<i>Psychodiagnostische testen</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
<i>Koppel- of gezinsbegeleiding</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming (max. 3 deelnemers)	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben (max. 3 deelnemers)	€ 50,00

Psychologische begeleiding kinderen en jongeren ²	Prijs in €
<i>Intakegesprek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
<i>Begeleidingsgesprek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
<i>Individueel gesprek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
<i>Koppel- of systeemgesprek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming (max. 3 deelnemers)	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben (max. 3 deelnemers)	€ 50,00
<i>Oudergroep</i>	
Oudergroep (per sessie – per koppel)	€ 30,00
<i>Intelligentie-onderzoek kleuter</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 40,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 65,00
<i>Intelligentie-onderzoek lager/secundair</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 80,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 130,00
<i>Concentratie-onderzoek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 40,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 65,00
<i>Belevingsonderzoek</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 80,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 130,00

¹ 21% BTW van toepassing, excl. pediatrie (vrijgesteld van BTW), tenzij op voorschrift arts, dan ook vrijgesteld van BTW

² De prijzen worden vermeld indien er geen terugbetaling door de ziekteverzekering voorzien is. In sommige gevallen biedt het ziekenfonds wel een extra tussenkomst vanuit de ledenbijdrage.

³ 21% BTW van toepassing (of uitzonderlijk een lagere tarificatie indien van toepassing)

ADOS-2	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 80,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 130,00
Bijkomende onderzoeksessie	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 40,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 65,00

Overleg ouders en andere betrokkenen	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 30,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 50,00
Overleg op verplaatsing	Forfait € 0,35/km + € 5,00/halfuur reistijd

Neuropsychologische begeleiding ²		Prijs in €
Beperkt neuropsychologisch onderzoek (testduur: max. 1,5 uur)		€ 60,00
Standaard neuropsychologisch onderzoek (testduur: max. 2,5 uur)		€ 150,00
Uitgebreid neuropsychologisch onderzoek (testduur: één voor- of namiddag)		€ 175,00
Neuropsychologische screening (testduur < 45 minuten)		€ 50,00
Kort onderzoek in het kader van de terugbetaling van bepaalde medicatie zoals AChE-i (testduur: 30 minuten)		€ 30,00
IQ-onderzoek		€ 125,00

Geheugentraining ²		Prijs in €
Zitting		€ 40,00

Seksuologische begeleiding ²		Prijs in €
Zitting		€ 50,00

Menopauzebegeleiding ²		Prijs in €
Eerste zitting		€ 50,00
Korte opvolgzitting		€ 30,00

Dieetadvies ²		Prijs in €
Eerste zitting (60 min)		
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming		€ 27,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben		€ 45,00
OSAS poli patiënten (60 min)		
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming		€ 27,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben		€ 45,00
Bariatrische heelkunde eerste consult (60 min + 30 min administratie)		
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming		€ 36,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben		€ 60,00
Glutenintolerantie eerste consult (90 min)		
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming		€ 36,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben		€ 60,00
Meervoudige voedingsallergie en EoE eerste consult (90 min incl administratie)		
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming		€ 36,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben		€ 60,00

¹ 21% BTW van toepassing, excl. pediatrie (vrijgesteld van BTW), tenzij op voorschrift arts, dan ook vrijgesteld van BTW

² De prijzen worden vermeld indien er geen terugbetaling door de ziekteverzekering voorzien is. In sommige gevallen biedt het ziekenfonds wel een extra tussenkomst vanuit de ledenbijdrage.

³ 21% BTW van toepassing (of uitzonderlijk een lagere tarificatie indien van toepassing)

<i>FODMAP dieet eerste consult (60 min + 30 min administratie)</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 36,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 60,00
<i>Korte opvolgzitting (20 min)</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 10,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 15,00
<i>Controle consult (30 min)</i>	
Patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming	€ 15,00
Patiënten die het statuut van gewoon verzekerde hebben	€ 25,00
Diabetes	
Sensor FreeStyle Libre (extra levering buiten 26 stuks/jaar)	€ 59,92
Sensor Medtronic (extra levering buiten 60 stuks/jaar)	€ 29,96
Sensor Dexcom (extra levering buiten 52 stuks/jaar)	€ 29,96
Afleestoestel Libre (verlies tijdens 1 ^{ste} jaar)	€ 60,00
Afleestoestel Libre (verlies tijdens 2 ^{de} jaar)	€ 40,00
Afleestoestel Libre (verlies tijdens 3 ^{de} jaar)	€ 20,00

Diverse leveringen ²	Prijs in €
Fopspeen/0-6 MND/ BIBS VANILLA PEACH	€ 11,50
Set van twee tepelhoedjes	€ 7,56
Pampers (setje)	€ 4,38
Vochtige doekjes pampers sensitive	€ 1,39
Thermometer voor pasgeborenen	€ 7,56
Verzorgingsset pasgeborene	€ 9,89
Afkolfset disposable / stuk	€ 3,63
Scheerschuim	€ 4,66
Reinigingsschuim Menalind	€ 4,81
Coldpack (klassiek)	€ 2,83
Kniebrace met velcro + twee klassieke coldpack's	€ 15,47
Coldpack Respiflex MKA	€ 12,85
Kersenpitkussen	€ 10,81
Papieren zakdoekjes	€ 0,64
Pari masker - mondstuk	€ 10,43
Pari masker kind	€ 10,43
Pari masker baby	€ 14,88
Aerosoltubing 213 cm met adapter	€ 1,37
Oogmasker - Thera Pearl	€ 8,29
Stressballetje	€ 1,45
SPOED: Busticket De Lijn	€ 3,00
Antislipkousen	€ 4,50
Katoenen panty voor compressietherapie (kiné)	€ 15,00
Kendall buttonhole belt 6cmx1,2m pink	€ 2,50
Tandpasta	€ 0,80
Lower face cuff with link	€ 59,63
Lower face cuff without link	€ 59,63

Funerarium
Prijzen ter inzage bij de dienst onthaal en opname

¹ 21% BTW van toepassing, excl. pediatrie (vrijgesteld van BTW), tenzij op voorschrift arts, dan ook vrijgesteld van BTW

² De prijzen worden vermeld indien er geen terugbetaling door de ziekteverzekering voorzien is. In sommige gevallen biedt het ziekenfonds wel een extra tussenkomst vanuit de ledenbijdrage.

³ 21% BTW van toepassing (of uitzonderlijk een lagere tarificatie indien van toepassing)

Tarieven 5:

Overzichtlijst met de actuele prijzen van de door het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten

Ik wens **Kamercomfort:** ja (€ 4 per dag (TV, Radio, WIFI, koelkast, water buiten de maaltijden) enkel aangerekend op een meerpersoonskamer)
 nee

Telefoon: ja (€ 10 per opname)
 nee

Bezoeker: Ontbijt: € 7,00 Middagmaal: € 15,00 Avondmaal: € 8,00 Overnachting 2e bed: € 20,00

Producten op verpleegafdelingen meegegeven bij ontslag:

Absorberend verband (zetuivit)	€ 0,15
Actimove sling (per m)	€ 2,00
Draagtas kleding patiënt wit	€ 0,20
EMG-naald (fysio)	€ 8,00
EMG-naald (neuro) - disposable concentric needle	€ 6,10
Geurverspreider 12 ml	€ 5,00
Ijszakjes	€ 2,50
Incontinentiemateriaal: luier	€ 0,60
IV-catheter	€ 1,00
Kam	€ 2,20
Labostick	€ 1,00
Leukomed pleisters	€ 0,20
Micropore	€ 0,70
Medipore	€ 0,10
Pyjama (gebruik)	€ 2,50
Scheersetje	€ 2,60
Shampoo/douchegel/zeep	€ 7,00
Spuit luer 10 ml of 20 ml	€ 0,10
Spuit monoject 60 ml catheterconus	€ 0,40
Steriel potje	€ 0,20
Steriele kompressen (per 5)	€ 0,15
Tandenborstel	€ 0,80
Tandpasta	€ 3,50
Tegaderm (film/+pad)	€ 0,50
Tegaderm hydrocolloïd Klein/dun	€ 3,50
Vochtige doekjes hersluitbaar pak	€ 1,70
Warmtedeken (persoonlijk)	€ 8,00
Waterspray	€ 5,50
Watten (per rol van 2,7 m)	€ 1,00
Wiek (per doosje)	€ 2,60
Windel lastotel (per rol)	€ 0,20
Windel tensocrepe (per rol)	€ 0,60
Zakdoekjes (per doos)	€ 1,00
Zuurstofsonde neus (bevochtig.wonde)	€ 0,50
Verzorgingsmateriaal spoed	€ 8,00

Verzorgingsproducten materniteit:

AFKOLFSET ONE DAY (Beldico)	€ 2,80
AFKOLFSET ONE DAY (Medela)	€ 4,50
BABYMUTS	€ 2,20
BABYSET (excl doekjes)	€ 10,00
BORSTCOMPRESSEN (per pak)	€ 1,70
CALESCA INZETZAKJE MOEDERMELKVERWARM	€ 3,50
CURAPAX warmwaterkruik	€ 3,00
KOMPRESSEN NIET-STERIEL (zak)	€ 0,30
ONTSMETTINGSALCOHOL	€ 1,00
OPBERGDOOS MET DEKSEL	€ 15,00
OVERTREK POSITIONERINGSKUSSEN	€ 2,70
PAMPERS PER STUK	€ 0,25
POTJE MET AFWASMIDDEL	€ 0,20
SPEENTJE BABY (TUTJE)	€ 1,00
SPEENTJE PREMATUUR	€ 2,00
STERILISATIEZAK MICROGOLF	€ 2,50
TEPELHOEDJES per 2 stuks	€ 8,50
TUBIGRIP K, L	€ 4,50
VOCHTIGE DOEKJES HERSLUITBAAR PAK	€ 1,80
ZUIGFLES 50CC of 120CC	€ 0,30
ZUIGFLES CALMA	€ 13,50
ZUIGFLES MAM	€ 9,00

Producten kinesitherapie:

TRIFLO ADEMHALINGSTOESTEL	€ 8,00
BLOW BOTTLE	€ 1,50
FLUTTER	€ 75,00
SPALK JOHNSTONE - ARM	€ 135,00
SPALK JOHNSTONE - ARM LANG - DC	€ 135,00
SPALK JOHNSTONE - ELLEBOOG	€ 55,00
SPALK JOHNSTONE KIND - HAND	€ 35,00

Varia

Preoperatieve drank ERAS traject	€ 0,80
Electroden pijnkliniek (per stuk)	€ 2,50

Niet/laattijdig geannuleerd, dus minder dan 24u vóór de afspraak: Raadpleging: €25,00 Technische geplande prestatie (bv MRI): €50,00

De prijs van andere niet-terugbetaalde goederen en diensten is opvraagbaar bij het ziekenhuis.

Aandacht!

Lees de polis van jouw hospitalisatieverzekering grondig na. Terugbetalingen kunnen immers verschillen per verzekeraar!
De verzekering van arbeidsongevallen betaalt op een éénpersoonskamer geen kamer- of honorariumsupplementen terug.

Algemene informatie over de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de beroepsbeoefenaars volgens het KB van 21 april 2007:

Volgende beroepsbeoefenaars zijn werkzaam in

- personeel in dienstverband, met name verpleegkundigen, vroedkundigen, zorgkundigen, apothekers, klinisch psychologen en overigen, zoals o.a. diëtisten, laboranten, waarvan een beperkt deel in statutair verband is
- zelfstandigen met name de geneesheren, kinesisten en overigen zoals o.a. tandartsen, podologen, klinisch psychologen, logopedisten
- beroepsbeoefenaars die in het ziekenhuis door derden worden tewerk gesteld en hun aangestelden.

Het ziekenhuis sluit de beroepsaansprakelijkheid uit voor de zelfstandigen en hun aangestelden, die ofwel zelfstandig ofwel in dienstverband zijn bij de hiervoor vernoemde zelfstandigen en sluit ze uit voor de door derden tewerkgesteld en hun aangestelden, die ofwel zelfstandigen ofwel in dienstverband zijn bij de hiervoor vernoemde beroepsbeoefenaars.

Voor informatie m.b.t. individuele beroepsbeoefenaars en hun rechtsverhouding met het ziekenhuis kan je contact opnemen met de ombudsdienst via:

DIT DOCUMENT IS LOUTER INFORMATIEF EN GEEN VASTE VERBINTENIS (TARIEVEN KUNNEN O.A. WIJZIGEN DOOR OVERHEIDSBESLISSING).