



Observatoire des maladies chroniques

A l'attention de Monsieur le Ministre de la
Santé Publique et des Affaires sociales

Copie à Zorgnet-Icuro, Santhea, Unessa,
GIBBIS et aux Hôpitaux du réseau IRIS

28/04/2023

Coût des produits et services médicaux non remboursés lors d'une hospitalisation

Résumé

1. Raison d'être de cet avis

Les produits et services médicaux non remboursés peuvent entraîner des factures importantes pour le patient.

Les patients souffrant d'une maladie chronique sont sujets à des hospitalisations plus fréquentes. Du fait de leurs pathologies, ils sont plus souvent confrontés à des frais d'hospitalisation non remboursés qu'un patient ordinaire. Pour ces patients chroniques, les points problématiques en matière de non-remboursement sont donc un élément répétitif et, dans les cas des malades de longue durée, un risque financier qui augmente

Le problème est encore plus aigu pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée. Ils sont déjà particulièrement vulnérables sur le plan financier et pour eux, les frais élevés en produits et services médicaux non remboursés sont synonymes de barrière supplémentaire pour l'accès aux soins et de problèmes financiers potentiels.

2. Objet du présent avis

Le présent avis porte sur les frais élevés résultant de produits et services médicaux non remboursés lors d'une hospitalisation. Il s'agit du bloc vert dans le schéma ci-dessous. Ces frais ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et ne sont pas inclus non plus dans le maximum à facturer. L'Observatoire des maladies chroniques estime que la part des produits et services médicaux non remboursés lors d'une hospitalisation doit être la plus faible possible. Les autorités ont ici une responsabilité importante.

FRAIS D'HOSPITALISATION AVEC NUITÉE				
Tarif légal tel que fixé dans les conventions : prix de la journée d'hospitalisation, forfait (p. ex. médicaments, biologie clinique), honoraires		Produits et services médicaux non remboursés (p. ex. certains dispositifs médicaux, implants, médicaments...)	Frais divers (boissons, location du frigo, Internet, matériel pour bébé, coiffeur, etc.)	Supplément de chambre pour chambre individuelle et suppléments d'honoraires
Remboursés	Ticket modérateur, dépendant intervention majorée - pas			

Quels sont ces produits et services non remboursés ?

- Les honoraires non remboursables pour des prestations qui ne sont pas, qui ne sont plus ou qui ne sont pas encore remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé.
- Les médicaments non remboursables qui ne sont pas remboursés ou qui sont prescrits en dehors des indications pour lesquelles il y a un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.
- Certains implants et dispositifs médicaux invasifs.
- Une technologie nouvelle qui n'est pas (encore) remboursée.

Les suppléments d'honoraires ne sont pas visés par cet avis malgré le fait qu'ils représentent la plus grande partie des frais non remboursés. Il s'agit d'un point d'attention important qui mérite d'être traité dans un prochain avis.

« Les affiliés des mutualités chrétiennes à eux seuls ont déboursé en 2018 quelque 89 millions d'euros en frais supplémentaires non remboursables. Et ce sont surtout les suppléments d'honoraires (para)médicaux qui ont augmenté ces dix dernières années, à raison de 5,1 %. » (VRT-nieuws du 16-12-2019, à la suite d'une enquête des MC).

3. Résumé des recommandations de l'Observatoire

1. L'Observatoire demande que le patient soit correctement informé au préalable des frais liés à une hospitalisation, afin que le patient puisse faire un choix éclairé et que son consentement soit pleinement respecté, ceci conformément à l'article 8 de la loi relative aux droits du patient. La communication d'un devis lié à l'hospitalisation devrait devenir obligatoire. Il est entendu par cela :
 - que la déclaration d'admission, y compris la liste des produits et services, soit transmise au patient et discutée avec lui préalablement à l'hospitalisation en version numérique et papier dans une formulation compréhensible ;
 - que les hôpitaux fournissent une estimation détaillée de prix pour certaines interventions standards et les hospitalisations qui y sont liées.
 - que le patient puisse, par le dialogue avec (entre autres) son médecin traitant et selon un processus décisionnel bien structuré, faire un choix éclairé et donner son consentement.
 - que le patient ait le temps de recueillir un avis à ce sujet (auprès de son médecin généraliste, de sa mutualité, ...) ;
 - qu'en cas de modification des frais au cours du traitement ou des soins qui diffère sensiblement du coût initialement présenté, un « nouveau » consentement soit demandé au patient.
2. L'Observatoire demande qu'après une hospitalisation, le patient puisse facilement interpréter et vérifier les frais qui y sont liés, et sache où s'adresser en cas de réclamation afin de pouvoir contester ces frais le cas échéant:
 - la facture est établie de manière telle que tous les frais, surtout ceux qui ne sont pas remboursés, soient libellés de manière claire, compréhensible et standardisée, en plus de la mention d'un (pseudo)code de la nomenclature ;
 - la procédure de plainte et de contestation des factures est connue du patient et accessible ;
 - la liste des produits et services non remboursés est toujours accessible au patient et clairement indiquée sur la facture.
3. L'Observatoire plaide pour qu'en vertu d'une décision de l'autorité et en collaboration avec les organismes assureurs, les données relatives aux frais de produits et services médicaux non remboursés lors d'une hospitalisation soient enregistrées systématiquement et de façon détaillée. C'est uniquement de cette manière que l'on obtiendra une image précise du coût réel d'une hospitalisation et que le patient pourra se faire un panorama complet de l'impact financier des hospitalisations.
4. L'Observatoire recommande une approche fondamentale et globale de la facturation systématique des coûts injustifiés. Avec un cadre légal clair, un suivi de la mise en œuvre, des incitations aux bonnes pratiques et, le cas échéant, des sanctions si un hôpital continue à facturer certains frais systématiquement contrairement au cadre légal applicable.

Table des matières

Résumé	1
1. Raison d'être de cet avis.....	1
2. Objet du présent avis	1
3. Résumé des recommandations de l'Observatoire	2
Table des matières	3
1. Cadre réglementaire pour la protection du patient	4
2. Aperçu de la problématique	5
3. Recommandations	9
Annexe 1 : Schéma d'une facture hospitalière :	12
Annexe 2 : Lexique des coûts à l'hôpital	13
Annexe 2 : Illustrations des tarifs des hôpitaux.....	17

1. Cadre réglementaire pour la protection du patient

Il existe en Belgique et en Europe une abondante réglementation pour informer le patient du coût inconnu des produits et services non remboursés et le protéger contre ceux-ci.

L'article 7, § 2, et l'article 8 de la loi relative aux droits du patient¹, prévoit que le patient, à sa demande, ait le droit à une communication écrite dans un langage clair, ainsi que le droit à un consentement éclairé, préalable et libre. Les informations auxquelles le patient a droit sont en outre détaillées et énumérées dans la loi de manière non exhaustive : les informations concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Le patient doit également être informé des conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et des autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel.

Le patient doit donc être informé préalablement et clairement du coût des biens et services qui lui sont offerts dans l'hôpital.

De même, l'article 4 de la directive européenne 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers impose l'obligation d'informer le patient sur les prix des soins dans le cadre du consentement éclairé de celui-ci.²

¹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, MB du 26 septembre 2002 ;

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/patientenrechten_folder_fr-2020.pdf

² « 2. L'État membre de traitement veille à ce que les prestataires de soins de santé fournissent des informations utiles, pour aider chaque patient à faire un choix éclairé, notamment en ce qui concerne les options thérapeutiques, sur la disponibilité, la qualité et la sécurité des soins de santé qu'ils dispensent dans l'État membre de traitement et qu'ils fournissent également des factures claires et des informations claires sur les prix, ainsi que sur leur statut en matière d'autorisation ou d'enregistrement, leur couverture d'assurance ou tout autre moyen de protection personnelle ou collective au titre de la responsabilité professionnelle. Dans la mesure où les prestataires de soins de santé fournissent déjà aux patients qui résident dans l'État membre de traitement des informations utiles sur ces sujets, la présente directive n'oblige pas les prestataires de soins de santé à fournir des informations plus détaillées aux patients d'autres États membres ; [...] »

2. Aperçu de la problématique

1. L'information destinée au patient concernant les frais non remboursés liés à une hospitalisation n'est pas suffisamment claire.

La déclaration d'admission et la liste des coûts des prix et services

Lors d'une admission à l'hôpital, le patient, ou son représentant légal, complète et signe une déclaration d'admission³. À ce moment, le patient détermine son choix de chambre. La déclaration d'admission acte celui-ci et fournit un aperçu écrit des conditions financières de l'hôpital. En signant ce document, le patient consent aux frais facturés. Souvent, les patients n'ont toutefois pas conscience qu'ils ont indirectement donné leur consentement en signant la déclaration d'admission.

Le contenu de la déclaration d'admission est fixé par la loi et comprend les éléments suivants :

1. les informations financières concernant les suppléments de chambre, les suppléments d'honoraires, l'acompte et la quote-part personnelle dans les frais de séjour ;
2. la case de choix dans laquelle le patient indique quelle type de chambre il choisit ;
3. l'explication et la liste de prix des produits et services courants (comme les pansements, les compresses, le matériel hygiénique divers, les tarifs téléphoniques, ...).

Le document d'explications concernant la déclaration d'admission fait référence à une liste de prix de produits et services. Après une analyse de plusieurs de ces listes proposées à titre d'exemple sur les sites web d'hôpitaux (voir les cinq exemples en annexe), nous avons des doutes quant au fait que ces listes soient établies de façon suffisamment compréhensible et claire pour les patients :

- ces listes ne sont pas établies selon un modèle systématique ; il n'existe aucune rubrique fixe (hormis celle relative aux frais liés à la maternité) ; dans l'hôpital A, la liste est très courte ; dans l'hôpital B, en revanche, elle est très détaillée ;
- les tarifs des produits et services facturés diffèrent fortement d'un hôpital à l'autre ;
- il est fait usage d'un jargon professionnel auquel les patients, et par extension les citoyens, ne sont pas habitués : p. ex., lorsqu'il est question de certaines prestations telles que « mesure d'exsudation », « thermographie », « infiltration facettaire »... ;
- souvent, la liste de produits fait uniquement référence aux dénominations des fabricants et le patient ne sait pas forcément de quoi il s'agit, p. ex. Tegaderm (un type de pansement), COZYCARE BUNTING PREEMIE, flexishield AMEDA, PDE, etc. Une brève explication des termes utilisés dans la liste des produits peut améliorer la compréhension du patient ;
- le mélange entre les coûts non médicaux et médicaux rend la liste peu claire et chargée. Une distinction claire entre les deux est importante.

Aujourd'hui, la possibilité de s'informer correctement dépend trop des connaissances préalables, du temps et de l'énergie que le patient peut consacrer à l'assimilation et à la compréhension des informations fournies. Nous savons en outre, grâce à plusieurs études, que la littératie numérique et les aptitudes en matière de santé de nombreux Belges ne sont pas très élevées. Le problème est encore plus grand pour les personnes peu alphabétisées, car elles ont déjà du mal à bien comprendre les informations écrites. C'est pourquoi une déclaration d'admission et une liste de produits et services doivent être établies dans un langage simple et compréhensible pour atteindre tous les citoyens.

Il ressort de notre analyse que la structure et la composition de la déclaration d'admission et de la liste de produits et services peuvent être grandement améliorées. De même, le patient lui-même doit prendre l'initiative d'obtenir de plus amples informations sur les frais. Le patient doit lui-même les demander ou rechercher les informations pertinentes. Toutefois, la responsabilité ne peut incomber au patient seul.

- La déclaration d'admission ne comprend qu'une partie des frais (non remboursables) liés à une hospitalisation.

³ Arrêté royal du 9 novembre 2015 modifiant l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital ;
https://www.ejustice.just.fgov.be/cji_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2004061736&table_name=loi

- La déclaration d'admission fait référence à une liste séparée reprenant les produits et services :
 - Le patient peut la consulter sur le site web de l'hôpital, même s'il arrive aussi que l'information sur le site soit incomplète ou que la liste ne soit pas mise en ligne.
 - Parfois, cette liste est mise à disposition des patients à la réception de l'hôpital. Le patient doit alors la réclamer activement.
 Dans les deux cas, un effort supplémentaire est demandé au patient, ce dont il n'est pas toujours capable en raison de son état de santé.
- Le patient ne sait pas nécessairement quels services et produits sont susceptibles de s'appliquer à son hospitalisation.

La pratique nous apprend que l'hypothèse théorique que la déclaration d'admission soit transmise au patient *avant* son admission effective n'est pas toujours réaliste. De nombreux patients ne découvrent leur déclaration d'admission qu'au moment de leur hospitalisation. Ils manquent alors du temps et du recul nécessaires pour lire ces documents de manière approfondie, et encore plus pour les comprendre. En pratique donc, on ne peut pas toujours parler d'un « consentement éclairé ». Une piste pourrait être tenir un entretien de préadmission sur le prix et les informations administratives.

La facture d'hôpital n'est pas suffisamment détaillée.

Depuis quelques années, la facture d'hôpital est établie selon un schéma fixe, voir annexe 1. Cette subdivision permet au patient d'examiner et de vérifier plus facilement sa facture.

Mais nous constatons à cet égard que sous la rubrique « Frais divers » figurent encore un grand nombre de frais médicaux et non médicaux pour des produits et services dont le prix pour le patient atteint des sommets.

Malheureusement, la facture d'hôpital n'offre aucune transparence sur les frais facturés, de sorte qu'a fortiori le patient - sur la base de la facture et donc a posteriori - ne peut pas déterminer pour quel motif on a facturé quelque chose.

Voici un exemple de facture pour une hospitalisation où les frais suivants sont facturés :

- 8208.23 intervention AMI

- 11,6 euros de ticket modérateur

- 540,49 euros de frais de produits médicaux non remboursés, composés comme suit :

- Catégorie D - Spécialités non forfaitaires = 0756626
- Prestations de laboratoire non remboursables = 0960046
- Autres produits parapharmaceutiques = 0960400
- Confort de la chambre = 0960503

Quelques observations : sous la catégorie D - Spécialités non forfaitaires 46 unités sont facturées pour un montant total de 178,7 euros sans autre explication/description de quoi il s'agit. Aussi, toutes les descriptions pour un patient et même pour les mutualités ne sont pas compréhensibles, dont procalc, panel respiratoire ?

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

Lorsque le patient paie la facture d'hôpital, il est difficile de revenir dessus. La plupart du temps, il n'est pas précisé comment le patient peut demander des éclaircissements ou éventuellement déposer une plainte contre la facture ou contester celle-ci, à supposer que le patient suspecte des frais facturés indûment.

Du fait de la complexité, nombre de patients font appel à des tiers pour contester leur facture. Nous songeons ici principalement aux mutualités, aux organisations de défense des consommateurs et aux associations de patients. La pratique apprend que lorsqu'une facture est contestée, les hôpitaux procèdent régulièrement à la suppression de frais facturés indûment. Mais l'objectif ne doit pas être que le patient soit protégé uniquement par une éventuelle procédure de plainte face à une facture de ce genre. Dans une première phase, le patient devrait être en mesure, sur la base d'une information claire, de contester lui-même une facture sans devoir immédiatement pour cela faire appel à des tiers, qui ne doivent intervenir que dans une deuxième phase ou plus tard.

2. Il y a un manque de visibilité des frais non remboursés liés à une hospitalisation.

La visibilité des produits et services médicaux non remboursés liés à une hospitalisation est insuffisante. Ceci n'est pas repris dans le baromètre des hôpitaux des organismes assureurs, parce qu'ils n'ont pas les données.

Le baromètre des hôpitaux est une analyse des factures d'hôpitaux et des hospitalisations réalisée par l'Agence intermutualiste (en abrégé AIM). L'Agence compare les frais mentionnés sur la facture d'hôpital et cartographie l'évolution des prix. Elle entend par « Autres suppléments » les prestations pour lesquelles aucun remboursement n'est prévu. Ces montants ne sont pas fixés par la loi et peuvent donc être différents selon l'hôpital ou le médecin.

Il reste néanmoins difficile d'identifier l'ampleur des produits et services médicaux non remboursés. Ceci est dû au fait que les données de facturation sont insuffisamment détaillées pour permettre une analyse complète de ces frais. Les listes de facturation qui parviennent directement aux mutualités comportent en outre moins de détails encore que la facture destinée au patient. Nous plaçons pour que les

organismes assureurs reçoivent des informations complètes dans le respect du GDPR, ce qui permettra d'avoir une meilleure visibilité de l'ampleur de la problématique et d'œuvrer de manière plus proactive à la protection du patient. Nous préconisons que ces données soient ensuite utilisées à des fins de recherche (KCE, IMA, ...) pour élaborer des recommandations et des lignes directrices claires pour les hôpitaux afin de réduire cette part des coûts des services et produits médicaux non remboursés pendant l'hospitalisation, et plus généralement, d'harmoniser et de réduire les coûts supportés par le patient lors de son hospitalisation.

Par ailleurs, il n'existe également aucune liste uniforme de produits et services potentiels, comme déjà signalé précédemment. Les listes de prix sur les sites web des hôpitaux diffèrent très fortement entre elles et ne sont pas établies de façon transparente.

L'absence de transparence dans les frais facturés de produits et services médicaux non remboursés a pour effet que l'analyse ne débouche pas sur une image claire de ces frais. De plus, l'absence d'explication sur la plus-value du produit ou du traitement prive également le patient de tout droit de regard sur son traitement.

3. Recommandations

L'Observatoire formule plusieurs recommandations pour faire en sorte que le patient, tant préalablement à une hospitalisation que par la suite, soit mieux informé des frais liés à son hospitalisation. L'Observatoire souhaite ainsi contribuer à un véritable consentement éclairé du patient.

1. L'Observatoire plaide en faveur d'une liste transparente et standardisée de produits et services.

Le patient doit obtenir une liste transparente et claire des produits et services non médicaux. Nous plaidons en outre pour qu'une liste exhaustive soit publiée (obligatoirement) sur le site web de chaque hôpital et pour que cette liste, en langage compréhensible et structurée par thème, soit également remise au patient avant l'hospitalisation. Il est important que ces listes soient également accessibles aux personnes peu alphabétisées, qui ont du mal à bien comprendre les informations écrites.

Concrètement, pour l'Observatoire, cela signifie que cette liste :

- est jointe à la déclaration d'admission ;
- est établie selon un schéma fixe, avec des rubriques fixes ;
- permet une comparaison des tarifs entre les hôpitaux, tarifs qui idéalement sont fixés ;
- contient des termes que les patients connaissent, ou qui leur sont expliqués ; les patients pourraient être impliqués dans l'établissement de la liste ; c'est une garantie pour que cette liste soit lisible par une population moyenne de patients ;
- cite les produits avec une description (pas avec la dénomination des fabricants) ;
- permet, dans la mesure du possible, au patient de voir quels frais s'appliquent spécifiquement à son hospitalisation ;
- est établie selon des directives précises en matière de contenu et d'endroit où la liste doit être publiée ;
- est régulièrement mise à jour. Les prestations qui ne sont pas explicitement mentionnées sur la liste ne peuvent pas être facturées.

2. L'Observatoire demande que le patient soit, préalablement à une hospitalisation, informé des frais, remboursés ou non, que l'hospitalisation entraînera.

Pour l'Observatoire, une bonne information préalable du patient signifie que :

- le patient est informé avant l'admission et au plus tard au moment de l'admission elle-même, ce cas devant constituer l'exception, sauf lorsqu'il s'agit d'une admission d'urgence ou imprévue ;
- le patient reçoit l'information préalable à un moment où il n'est pas soumis à un stress afin qu'il ne signe pas pour consentement éclairé (au sens visé par la législation) sans avoir pu lire complètement la déclaration d'admission et la liste des produits et services⁴ ;
- l'hôpital, le dispensateur de soins ou l'assistant social propose explicitement de donner des explications concernant la liste ; p. ex. que recouvre un forfait ;
- le patient ne doit pas explicitement demander ni chercher lui-même les listes ;
- la liste est mise à la disposition du patient sous forme numérique et sur papier ;
- le patient a une visibilité des produits susceptibles de s'appliquer à son hospitalisation ;
- le patient sait clairement quels produits et services sont remboursés ou non ;
- le patient sait quels médecins (dispensateurs de soins) suivent son dossier et il est informé du statut de conventionnement du ou des dispensateurs de soins et des conséquences financières qui en découlent ;

3. L'Observatoire demande que la facture d'hôpital devienne encore plus précise.

⁴ Exemples anonymisés dans l'annexe 3.

La rubrique « Frais divers » sur la facture destinée au patient doit être explicitée pour chaque item. Il ne doit plus être permis de ne pas détailler un coût. De même, il ne suffit pas de décrire un item en termes généraux complétés le cas échéant par un (pseudo)code de la nomenclature. Le nom du produit ou du service et son coût doivent être clairs pour le patient afin de permettre un premier contrôle par le patient. Pour qu'un patient puisse réellement vérifier les frais, ceux-ci devraient idéalement être classés par journée d'hospitalisation. Ceci permettrait mieux au patient de vérifier si la facturation correspond aux soins dispensés pendant l'hospitalisation.

Le patient doit également être incité à contrôler ou faire contrôler la facture d'hôpital si elle n'est pas claire. Ainsi, la lettre au patient pourrait contenir des informations sur les personnes à contacter, avant de procéder au paiement, en cas de question, de demande de clarification ou de désaccord avec certains décomptes.

4. L'Observatoire demande que le patient ait toutes les opportunités d'exercer son droit à un consentement éclairé.

Outre le fait que le patient doit pouvoir préalablement prendre connaissance des frais liés à l'hospitalisation et que cette connaissance peut être alimentée par une déclaration d'admission et une liste de produits et services bien rédigées, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour mettre le patient en mesure d'effectuer un choix éclairé. L'Observatoire fait en cela référence aux conseils prodigués au patient pendant le processus décisionnel et au dialogue avec (entre autres) le médecin traitant.

Un processus décisionnel bien structuré qui précède une hospitalisation permet au patient de faire un choix mûrement réfléchi. Le dispensateur de soins conseille le patient sur les options de traitement (s'il y en a), ce qu'elles impliquent, leurs avantages et inconvénients, les frais qui y sont liés et les répercussions financières éventuelles auxquelles le patient peut s'attendre. Le patient fait un choix, en concertation avec le dispensateur de soins. Par exemple s'il est opté en faveur d'un produit non remboursé, le patient doit savoir à l'avance pourquoi celui-ci offre une plus-value, quel est son coût, si des alternatives moins chères sont disponibles et il doit marquer son accord sur son utilisation. Le patient a également le droit et la possibilité de refuser des traitements, produits et services.

Le point crucial est le suivant : le patient ne peut faire un choix mûrement réfléchi que lorsque le dispensateur de soins remplit pleinement son rôle d'expertise et de conseil. Bref, lorsqu'on peut réellement parler d'une relation de confiance entre (notamment) le médecin traitant et le patient, et donc d'un profond dialogue entre eux. Le succès de l'hospitalisation incombe ainsi à toutes les parties concernées : l'hôpital, le(s) dispensateur(s) de soins et le patient.

5. L'Observatoire recommande que les frais non remboursés liés aux hospitalisations soient enregistrés.

L'importance d'un enregistrement des produits et services n'est pas à sous-estimer.

L'Observatoire recommande vivement que les données de facturation des produits et services médicaux non remboursés soient partagées avec les assureurs de manière plus détaillée et transparente, dans le respect de la protection des données de santé, afin qu'elles puissent être utilisées pour des recherches et analyses ultérieures (Baromètre des hôpitaux, KCE...).

L'enregistrement et l'analyse des frais non remboursés lors d'une hospitalisation permet d'identifier l'ampleur de cette problématique dans le cas des patients souffrant d'une maladie chronique et des groupes vulnérables. L'enregistrement et l'analyse exigent que les hôpitaux soient obligés de détailler suffisamment la facturation des produits et services.

Dans une analyse plus poussée, nous demandons d'accorder une attention spécifique aux personnes ayant le statut affection chronique et aux bénéficiaires de l'intervention majorée.

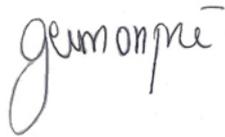
6. L'Observatoire demande de sanctionner la facturation indue systématique de certains frais.

Nous recevons des signaux du terrain indiquant qu'il y a des problèmes de facturation systématique de coûts injustifiés. Par exemple, des frais d'hébergement fixes (déjà inclus dans le prix de l'hospitalisation), du Wi-Fi (par exemple également pour les personnes en soins intensifs), des frais mortuaires (qui ne peuvent être demandés que si la famille le demande), des suppléments facturés par un dispensateur de soins conventionné, des bouteilles d'eau sans demande spécifique.

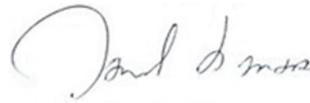
Actuellement, la vérification et la contestation de la facture d'hôpital dépendent principalement de la vigilance et de l'assertivité du patient. Du patient lui-même, ou de tiers qui interviennent en son nom : sa mutualité, Test-Achats ou une association de patients qui prend sa défense. Il est important que le patient ait connaissance de l'existence d'organisations qui peuvent agir en son nom, pour vérifier sa facture hospitalière et, le cas échéant, la contester.

L'Observatoire demande d'envisager une approche fondamentale et globale de la facturation erronée systématique des coûts injustifiés. Avec un cadre légal clair, un suivi de la mise en œuvre, des incitations aux bonnes pratiques et, le cas échéant, des sanctions si un hôpital continue d'ignorer le cadre légal applicable et/ou à facturer systématiquement certains frais.

Respectueusement,



Siska Germonpré



Daniel Simar

Présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques

Vice-président de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques

Annexe 1 : Schéma d'une facture hospitalière :

Depuis plusieurs années, les factures hospitalières sont établies selon un schéma fixe.

On retrouve tout d'abord un aperçu global des frais hospitaliers, scindés en 8 rubriques :

1. frais de séjour (utilisation de la chambre et du lit, repas, soins infirmiers...)
2. frais forfaitaires (forfait d'imagerie médicale, forfait de biologie clinique et forfait médicaments)
3. pharmacie (coûts pour les médicaments, implants et dispositifs médicaux)
4. honoraires (des médecins et autres dispensateurs de soins, pour lesquels vous devez payer une quote-part personnelle ou un supplément)
5. autres fournitures (p. ex. matières plâtrées ou produits sanguins)
6. transport de malades (frais de transport urgent et non urgent)
7. Frais divers (frais non médicaux comme les boissons ou la location du frigo. L'hôpital a une liste des tarifs.)
8. TVA sur les interventions esthétiques

À la deuxième page figure une facture détaillée, scindée par rubrique, en 3 colonnes :

1. Une colonne « à charge de la mutualité »
2. Une colonne « à charge du patient »
3. Une colonne « suppléments »

Annexe 2 : Lexique des coûts à l'hôpital

Introduction

Si vous êtes traité et/ou admis à l'hôpital, vous êtes responsable du paiement des frais. Pour les patients, il n'est pas toujours facile de s'y retrouver dans tous les différents éléments qui composent les frais. Ce glossaire explique de manière accessible un certain nombre de concepts importants sur les frais à l'hôpital général.

Intervention de l'INAMI

En Belgique, l'assurance maladie est obligatoire pour tous. Cela signifie que vous devez vous affilier à l'assurance maladie (une mutualité) et payer une cotisation de sécurité sociale. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est le gestionnaire de cette assurance obligatoire. Les mutualités et la CAAMI s'occupent de l'administration et des paiements aux patients. Si vous n'êtes pas assuré, tous les coûts sont à votre charge en tant que patient et vous ne recevez aucun remboursement.

Conventionnement/statut de conventionnement

Tous les deux ans, les médecins concluent des accords sur les tarifs avec l'assurance maladie. Il s'agit d'accords sur les montants remboursés par l'assurance maladie et sur les honoraires perçus par le médecin. Chaque médecin choisit s'il s'en tient ou non à ces accords de prix. S'il le fait, il adhère à cette convention.

Être conventionné signifie donc que le médecin respecte les accords de prix fixés.

Un médecin peut se conventionner de 3 manières :

- **Totalement conventionné** : Le médecin respecte les prix convenus et n'impute pas de frais supplémentaires (comme des suppléments d'honoraires).
- **Partiellement conventionné** : Le médecin n'est conventionné qu'à certains moments. Par exemple il est conventionné lors de ses consultations à l'hôpital mais pas dans son cabinet privé. Quand il n'est pas conventionné, il peut attester des suppléments d'honoraires. Ces moments doivent être clairement mentionnés.
- **Non conventionné** : Le médecin ne doit pas tenir compte des prix convenus.

Si vous choisissez un médecin conventionné, vous recevez le même remboursement par l'assurance maladie que chez un médecin non conventionné. Mais un médecin non conventionné peut facturer des coûts supplémentaires et vous devrez donc payer davantage de votre poche. Le montant que vous devez payer en bout de course comme patient est appelé le **ticket modérateur** ou la quote-part personnelle. Auprès d'un médecin non conventionné, vous paierez éventuellement aussi des suppléments.

Si votre médecin est conventionné, vous le retrouverez sur le site de l'INAMI :

<https://www.riziv.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/rechercher-dispensateur-soins.aspx>. Faites la recherche avant de prendre rendez-vous ou posez la question si vous prévoyez un rendez-vous.

Attention : le statut de conventionnement d'un médecin n'est pas garant de la qualité des soins offerts.

Quote-part personnelle légale par jour d'hospitalisation avec nuitée ou prix de la journée d'hospitalisation

Le prix de la journée d'hospitalisation est le prix facturé pour votre séjour et les soins à l'hôpital. Sont compris les repas, le lit et les soins infirmiers. Ce coût est porté à charge uniquement en cas de nuitée. Les coûts dépendent de la durée de votre admission. Le prix est identique dans chaque hôpital. Les patients bénéficiant de l'intervention majorée paient une plus faible intervention personnelle.

Honoraires

Les honoraires sont les montants que les dispensateurs de soins (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.) ou les institutions de soins (hôpitaux, laboratoires, etc.) peuvent facturer pour un traitement, des soins ou une consultation. L'assurance maladie en rembourse généralement une partie. Dans la plupart des cas, vous payez d'abord en tant que patient la partie de l'assurance maladie et ensuite vous recevez le remboursement.

La différence entre les honoraires ou les coûts et le montant que vous recevez de l'assurance maladie est à payer de votre poche. C'est la quote-part personnelle ou le ticket modérateur.

Honoraires - montant payé par l'assurance maladie = coût payé par le patient

Le montant des honoraires qu'un dispensateur de soins peut porter en compte est fixé par l'INAMI. Vous pouvez consulter les frais fixes sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/default.aspx>.

Supplément d'honoraires

Si vous choisissez consciemment une chambre individuelle ou si vous avez une consultation chez un médecin non conventionné, le médecin qui vous traite peut facturer un **supplément ou surcoût** sur ses honoraires. Le coût de ce supplément est exprimé en pourcentage. Vous payez le supplément d'honoraires en sus du tarif de base ordinaire des honoraires.

Par exemple, pour un supplément d'honoraires de 300 % et un tarif de base de 100 EUR :

Honoraires + supplément d'honoraires = prix total

€100 + (3 x €100) = 400 EUR

Ces suppléments d'honoraires sont valables pour le médecin traitant mais aussi les autres médecins qui sont impliqués dans votre traitement ou intervention (anesthésiste, cardiologue, etc.).

• **Un médecin peut-il attester un supplément d'honoraires pour une consultation ?**

	Médecin conventionné	Médecin partiellement conventionné	Médecin non conventionné
Consultation	Non	Oui, en fonction du lieu, du jour et de l'heure	Oui

Si l'on vous facture un supplément d'honoraires parce que vous choisissez une chambre individuelle, on appelle aussi cela un supplément de chambre. Le supplément ne peut être facturé que si vous optez pour une chambre individuelle.

• **Un médecin peut-il attester un supplément d'honoraires/supplément de chambre lors d'une admission ?**

	Médecin conventionné	Médecin partiellement conventionné	Médecin non conventionné
Admission en chambre à deux lits	Non	Non	Non
Admission en chambre individuelle	Oui, maximum en fonction de l'hôpital	Oui, maximum en fonction de l'hôpital	Oui, maximum en fonction de l'hôpital

Consultation :

Frais de soins de santé		
Tarif légal tel que fixé dans les conventions		Suppléments d'honoraires
Partie remboursée/intervention	Intervention personnelle	
	Coûts pour le patient chez un médecin conventionné	
Coûts pour le patient chez un médecin non conventionné		

Hospitalisation avec nuitée :

Frais de soins de santé		
Tarif légal tel que fixé dans les conventions		Suppléments d'honoraires
Partie remboursée/intervention	Intervention personnelle / ticket modérateur	
	Coûts pour le patient pour le choix d'une chambre commune	
	Coûts pour le patient pour le choix d'une chambre individuelle	

Montants forfaitaires

Un montant forfaitaire est un montant fixe que vous payez par jour. Un hôpital peut vous facturer à chaque admission 4 montants fixes, même si vous n'utilisez pas ces services.

Vous payez un montant fixe ou forfait pour :

- la biologie clinique (examens au laboratoire) ;
- l'imagerie médicale (par exemple radiographies ou échographies) ;
- le service de garde et les prestations techniques ;
- les médicaments.

Produits et services supplémentaires

Il y a aussi des frais pour des produits et services (comme le téléphone, l'eau, Internet,...) pendant votre séjour à l'hôpital. Ces frais sont totalement à la charge du patient. Le prix de ces services dépend de l'hôpital dans lequel vous séjournez.

Régime du tiers payant

Si votre dispensateur de soins applique le régime du tiers payant, vous ne lui versez que le montant à payer de votre poche (la quote-part personnelle ou le ticket modérateur) et éventuellement un supplément si le dispensateur de soins n'est pas conventionné lors d'une consultation ou si vous optez pour une chambre individuelle lors d'une admission.

Vous n'avancez donc pas l'autre partie du tarif légal dans ce cas. Votre mutualité paiera directement cette intervention au dispensateur de soins.

Dans ce cas, vous ne devez donc pas envoyer les attestations de soins donnés à votre mutualité.

Intervention majorée

Grâce à l'intervention majorée, les consultations, les médicaments, les frais d'hospitalisation, etc. coûtent moins cher. Si vous avez droit à l'intervention majorée, votre quote-part personnelle à payer sera moins élevée. Le prix de votre consultation, de vos médicaments et autres reste identique mais l'assurance maladie prévoit une intervention plus élevée. L'intervention majorée permet donc de diminuer la quote-part personnelle du patient qui en bénéficie.

Un dispensateur de soins qui n'est pas conventionné peut attester un supplément. Si vous avez droit à l'intervention majorée, vous devez quand même toujours payer ce supplément attesté. La seule façon de ne pas devoir payer de suppléments est de s'orienter vers un dispensateur de soins conventionné.

Dans certains cas, vous avez automatiquement droit à une intervention majorée. Dans d'autres cas, vous devez introduire une demande à cet effet auprès de votre mutualité. Vous pouvez facilement contrôler si vous avez droit à une intervention majorée. Sur la vignette de votre mutualité figure un code à 6 chiffres. Si le troisième chiffre est un 1, vous avez droit à l'intervention majorée.

Vous trouverez davantage d'informations concernant l'intervention majorée sur le site web de l'INAMI. Prenez alors contact avec votre mutualité.

Maximum à facturer

Le maximum à facturer (MÀF) est un système où un montant maximum de soins de santé est déterminé. Tous les tickets modérateurs payés par un ménage sont additionnés sur toute l'année. Dès qu'un montant maximum est dépassé, le ticket modérateur des frais ultérieurs est également remboursé. Le maximum à facturer est calculé automatiquement : Vous ne devez pas entreprendre de démarche personnelle pour avoir droit au remboursement via le maximum à facturer. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre mutualité pour savoir si vous avez déjà atteint le plafond.

Annexe 2 : Illustrations des tarifs des hôpitaux

Vous trouverez ci-après quelques exemples de listes de produits et services. Ce choix est plutôt aléatoire et ne constitue nullement un jugement de valeur entre les listes des hôpitaux concernés. Ce que nous avons évoqué comme problèmes vaut pour tous les hôpitaux. Les exemples montrent qu'une réglementation renforcée est nécessaire pour mieux soutenir le patient.

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			
culband 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 vnrkeur schriftelik - aanvragen bij . Gelieve de naam van de beroepsbeoefenaar auaaeijk 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	23,56 euro
	Videobewaking per observatienacht in het epilepsielaboratorium dienst Neurologie	
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.

Tarifs Hôpital 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 opvolgessie	€ 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 doucheolie 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
Afkolffset 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)

Tarifs Hôpital 5:

Overzichtslijst 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).