



WOORDENLIJST

Kosten in het ziekenhuis

Februari 2021

WOORDENLIJST VOOR KOSTEN IN HET ZIEKENHUIS

Inhoud

• Tegemoetkoming van het RIZIV	3
• Conventionering/conventiestatus	3
• Wettelijk persoonlijk aandeel per dag of ligdagprijs	4
• Honoraria of erelonen	4
• Honorariumsupplement of ereloonsupplementen	4
• Consultatie:.....	6
• Opname met overnachting:.....	7
	7
• Forfaitaire bedragen	7
• Bijkomende producten en diensten	7
• Derde-betalersregeling	8
• Verhoogde tegemoetkoming	8
• Maximumfactuur	8

1 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 kostprijsselementen. 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 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.

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 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.

• 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. 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>.

• Honorariumsupplement of ereloonsupplementen

4

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 gemeenschappelijke kamer	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

Ereloon-supplementen

Terugbetaald deel/tegemoetkoming

Persoonlijk aandeel

Persoonlijk aandeel

Kosten voor patiënt bij geconventioneerde arts

Kosten voor patiënt bij niet-geconventioneerde arts

6

- **Opname met overnachting:**

Kosten gezondheidszorg



7

- **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 ziekteverzekering zal die tegemoetkoming rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.

In dat geval moet je dus geen getuigschriften voor verstrekte hulp naar jouw ziekteverzekering 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 zorgverstrekker 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 ziekteverzekering een aanvraag indienen. Je kan makkelijk controleren of recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming. Op het kleefbriefje van je ziekteverzekering 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 ziekteverzekering.

- **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 de teller al bereikt hebt.

Contacteer ons

Schriftelijk Vlaams Patiëntenplatform vzw
Groenveldstraat 15
3001 Heverlee
Ondernemingsnummer 0470.448.218
RPR - Leuven

Bel naar +32 (16) 23 05 26

Mail naar info@vlaamspatientenplatform.be

Surf naar www.vlaamspatientenplatform.be

Volg ons www.facebook.com/vlaamspatientenplatform
www.twitter.com/VPPvzw