Patiënten schrikken nog te vaak van hoge ziekenhuis-factuur

Een paar weken terug besteedde 'De inspecteur' op Radio 2 aandacht aan de ziekenhuisfactuur, dit naar aanleiding van de vaststelling dat te veel patiënten schrikken als ze hun factuur ontvangen. Plots worden ze geconfronteerd met hoge kosten die ze niet verwacht hadden. Deze vaststellingen - die bevestigd worden door het Vlaamse Patiëntenplatform - zijn trouwens niet nieuw en kwamen in het verleden ook al bovendrijven. Hier vind je meer achtergrondinformatie.

Veel misverstanden zouden vermeden kunnen worden door op voorhand transparant en begrijpelijk te communiceren over het financiële luik van een behandeling/ingreep met bijhorende opname. OKRA is – net zoals het Vlaams patiëntenplatform – hier al jaren vragende partij voor. De wet op patiëntenrechten voorziet o.m. in het recht op 'geïnformeerde toestemming'. Dit betekent dat een patiënt het recht heeft om te beschikken over alle relevante informatie vooraleer hij instemt met een behandeling en/of verblijf in een ziekenhuis. Meer informatie over de patiëntenrechten vind je hier.

In dit uitgebreide artikel willen we dieper ingaan wat je op voorhand kan doen om financiële verrassingen te vermijden, hoe je een ziekenhuisfactuur dient te begrijpen en hoe je een factuur kunt betwisten.

WAT KAN JE ZELF DOEN?

Ook al is niet iedere zorgverlener of iedere zorginstelling even tegemoetkomend in de communicatie van het financiële plaatje, toch zijn er een aantal dingen die je zelf kan doen, **zeker bij een geplande, niet-dringende behandeling met opname**. Eigenlijk ben je niet alleen 'patiënt' van een arts of instelling, maar ook een 'klant' bent en heb je recht op alle relevante informatie, ook de financiële.

1. Maak op voorhand gebruik van je recht op informatie

Ieder ziekenhuis heeft een **opnamebrochure** ter beschikking waarin alle relevante informatie staat i.v.m. een ziekenhuisopname. Dit is een goede zaak, want op die manier wordt alle belangrijke informatie hierover gebundeld in één overzichtelijk document. Dit is echter vaak nog onvoldoende:

- De brochure wordt te laat meegegeven, bv. bij inschrijving, of soms zelfs niet.
  De brochure wordt aan de patiënt gegeven met de boodschap 'Je moet dat maar eens lezen', waardoor vragen eigenlijk op voorhand al afgewimpeld worden.
- De brochure bevat vooral praktische informatie, maar geeft onvoldoende inzicht in het financiële plaatje, waardoor je achteraf voor onaangename verrassingen komt te staan. Denk aan bv. kamer- en ereloonsupplementen bij de keuze voor een éénpersoonskamer, kosten van huur koelkast, gebruik televisie en telefonie, …
- …

Je hebt het recht om deze opnamebrochure op voorhand aan te vragen bij de zorgverlener – of instelling. Vaak kan je ze ook online raadplegen op de website van de zorginstelling. Durf gerust ook vragen naar een prijzentabel ivm verblijfskosten e.d.m.. Daarnaast beschikken veel ziekenhuizen over standaard kostenramingen voor de meest courante ingrepen. Ook hier zijn er soms wel wat pijnpunten:

- De kostenramingen zijn wel raadpleegbaar op de website, maar komen tijdens de consultatie amper of zelfs niet aan bod.
- De kostenramingen bevatten wel de kostprijs van gebruikt materiaal, maar geven geen inzicht in de terugbetaling door het ziekenfonds en de bijhorende remgelden.[1]
- De kostenramingen zijn soms onoverzichtelijk of technisch in woordgebruik e.d.m. en vergen wel wat toelichting in een gesprek.

Overloop deze documenten op voorhand grondig door en maak aan de hand van jouw lees- en studiewerk een lijst op met vragen die je wilt stellen tijdens de consultatie. Je kan ook aan de zorgverlener vragen om samen met jou door deze documenten te gaan om op die manier alle informatie te bekomen. Voor wat de ziekenhuisopname betreft, kan het wel zijn dat de zorgverlener jou doorverwijst naar een dienst van het ziekenhuis.

Als je zicht probeert te krijgen op **het financiële plaatje** van jouw behandeling/ingreep en bijhorende opname, dan is het goed om te weten dat er **drie elementen** zijn die de kostprijs van een behandeling en opname sterk kunnen beïnvloeden:

- De keuze voor een éénpersoonskamer (a)
- Het statuut van de zorgverlener (b)
- De aangerekende kosten (c)

We gaan kort op deze drie elementen in.

a. De keuze voor een éénpersoonskamer

Wie doelbewust kiest voor een éénpersoonskamer accepteert meteen ook dat de behandelende specialist ereloonsupplementen kan aanrekenen (behoudens een aantal uitzonderingen die je hier vindt). De status van de arts speelt hier geen rol, dus ook geconventioneerde artsen mogen dit doen (zie later). Feit is dat het aanrekenen van ereloonsupplementen een gangbare praktijk is bij de keuze voor een éénpersoonskamer.

Deze kunnen stevig oplopen, dus het loont zeker de moeite om dit op voorhand na te vragen. Zeker omdat jouw kamerkeuze duidelijk moet zijn op het ogenblik dat je opgenomen wordt. Bij een geplande ingreep wordt de kamerkeuze immers aangeduid op de opnameverklaring. Het is trouwens belangrijk dat je jouw exemplaar van deze verklaring goed bijhoudt. Mocht je achteraf de ziekenhuisfactuur willen betwisten, dan kan de opnameverklaring een belangrijk bewijsstuk zijn.
Wie een hospitalisatieverzekering heeft, gaat best ook eens na welke tussenkomsten er al dan niet voorzien zijn bij de keuze voor een éénpersoonskamer. Dit verschilt immers van contract tot contract.[2]

---

[1] Dit is van belang omdat voor bepaalde producten er geen terugbetaling is voorzien vanuit het ziekenfonds, wat betekent dat de kostprijs hiervan volledig ten laste komt van de patiënt. In een aantal gevallen gaat het zelfs over heel erg dure producten, zoals bv. bepaalde types contrastvloeistof. Je hebt als patiënt trouwens het recht om te vragen of er geen volwaardig goedkoper (= lager in prijs of deels terugbetaald door ziekenfonds) alternatief gebruikt kan worden.
[2] Over de ereloonsupplementen bij de keuze voor een éénpersoonskamer kan nog veel gezegd en geschreven worden. Dit zou ons te ver leiden, maar wist je dat OKRA voorstander is van het Afschaffen van de ereloonsupplementen? Hierover kan je meer lezen in het OKRA-memorandum (p. 19). Dit vind je hier terug.

Meer informatie over het persoonlijk aandeel in de verblijfskosten tgv een hospitalisatie vind je hier terug. Je kan er ook naar vragen bij jouw ziekenfonds of bij het ziekenhuis van opname.

b. De status van de behandelende zorgverlener

Om de twee jaar sluiten de ziekenfondsen een akkoord met zorgverleners over de tarieven die aangerekend mogen worden. Op die manier wordt de patiënt beschermd tegen onaangename financiële verrassingen. Er is echter één addertje onder het gras: zorgverleners kunnen zelf kiezen of ze aansluiten bij dit akkoord of niet.

Eigenlijk zijn er drie mogelijkheden:

- De zorgverlener is volledig geconventioneerd. Hij/Zij rekent de officiële tarieven aan zoals overeengekomen met de ziekenfondsen.
- De zorgverlener is niet geconventioneerd. Hij/Zij bepaalt vrij het eigen honorarium.
- De zorgverlener is gedeeltelijk geconventioneerd. Hij/Zij rekent de officiële tarieven echter enkel aan op bepaalde plaatsen of tijdstippen. Zo kan een specialist geconventioneerd zijn voor consultaties/behandelingen die in zijn privépraktijk doorgaan, maar niet geconventioneerd zijn voor consultaties/behandelingen die in het ziekenhuis gebeuren.

De zorgverlener moet uitdrukkelijk zijn status meedelen aan de patiënt, dit behoort immers tot het luik 'recht op informatie' binnen de wet op de patiëntrechten. Hoe ze dit moeten doen, wordt niet bepaald. In de praktijk publiceren heel wat ziekenhuizen deze info op hun website en is voor hun de kous hiermee af. Je mag er dus zeker naar vragen!

Grosso modo kan je stellen dat zorgverleners met een niet-geconventioneerde status doorgaans duurder zijn dan geconventioneerde zorgverleners. Bij gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners kan het dus de moeite waard zijn om dit mee in overweging te nemen. In bovenstaand voorbeeld is het wellicht zo dat het goedkoper zal zijn om op consultatie/behandeling te komen in zijn privépraktijk, maar heb je ook kans dat de wachttijden er iets langer zijn dan voor zijn raadplegingen/behandelingen in het ziekenhuis.

c. Aangerekende kosten

Een aantal kosten worden mogelijks aangerekend op de ziekenhuisfactuur. Deze worden onderverdeeld in acht rubrieken. De eerste vier rubrieken zal je op iedere ziekenhuisfactuur in principe wel terugvinden, de laatste vier rubrieken iets minder. Het is immers zo dat enkel de rubrieken die van toepassing zijn op jouw behandeling/ingreep en bijhorende opname op de factuur mogen worden vermeld (zie later).

- Verblijfskosten: Dit zijn kosten die aangerekend worden voor het gebruik van kamer en bed, maar ook maaltijden en verpleegkundige hulp. Je betaalt in principe slechts een klein persoonlijk aandeel in de ligdagprijs. Hou wel rekening met het feit dat, als je bewust voor een éénpersoonkamer kiest, je nog een kamersupplement zal worden aangerekend. Meer info vind je hier terug.
- Forfaitaire kosten: Een ziekenhuis mag je bij elke opname (uitgezonderd dagopname) vier forfaitaire bedragen factureren, ook als je geen gebruik maakt van deze aangerekende diensten. Het gaat om volgende forfaits: medische beeldvorming, medische wachtdiensten en technische verstrekkingen, klinische biologie en geneesmiddelen. Meer info vind je hier.

- Apotheek: Via de apotheek van het ziekenhuis worden geneesmiddelen verstrekt, maar vaak ook implantaten en prothesen. De kosten hiervan vallen onder deze rubriek. Meer info vind je hier.
- Honoraria: De honoraria van artsen en andere zorgverleners waarvoor je een persoonlijk aandeel of supplement moet betalen (zie a.1)
- Andere leveringen: Bloed, afgeleide producten van bloed (plasme, bloedplaatjes, …), gipsmateriaal, radio-isotopen, … vallen onder deze rubriek. Meer info vind je hier.
- Ziekenvervoer: Zowel kosten voor dringend als niet-dringend vervoer worden hier vermeld, voor zover ze verricht werden door het ziekenhuis. Meer info vind je hier.
- Diverse kosten: Een verblijf in het ziekenhuis brengt ook niet-medische kosten met zich mee. Het gaat dan over goederen en diensten zoals bijv. water op de kamer, huur van een koelkast, gebruik van tv en telefoontoestel op de kamer, … Meer info vind je hier.
- BTW op esthetische ingrepen zoals bijv. borstvergrotingen, liposuctie, …

2. Durf te vergelijken

Moet je een geplande, niet-dringende ingreep ondergaan, dan kan het de moeite lonen om te vergelijken. Vaak vragen mensen in zo'n situatie een tweede medische opinie, dus waarom dan ook geen financiële vergelijking maken? Oké, het kost tijd en moeite, en we zijn dit niet gewoon in Vlaanderen, maar kan op het einde van de rit wel een financieel verschil maken, zonder daarom in te moeten boeten op kwaliteit van gezondheidszorg. Dus: waarom niet?

Voor de ziekenhuistarieven heeft CM trouwens een handige instrument ontwikkeld om deze makkelijk met elkaar te vergelijken. Je vindt dit hier terug. Wellicht kan je hiervoor ook op afspraak terecht bij een consulent van jouw ziekenfonds.

Let wel: Het financieel aspect kan een belangrijke overwegingsfactor zijn en da's dus zeker niet verkeerd. Let er dan wel op dat je ook andere aspecten niet uit het oog verliest. De beslissing om jouw gezondheid toe te vertrouwen aan een zorgverlener en -instelling hangt immers ook af van het vertrouwen dat je in die persoon of instelling hebt, of je een goed gevoel hebt bij de voorgestelde ingreep/behandeling, …

3. Controleer altijd zelf je ziekenhuisfactuur

Het loont de moeite om bij ontvangst van de factuur deze altijd zelf even door te nemen. Wie weet valt er jou iets op waar je je vragen bij stelt of waarvan je weet dat het niet klopt. In dat geval kan je bij de financiële dienst van het ziekenhuis aankloppen. Of nog beter: laat het ziekenfonds het werk voor jou doen (zie later)…

Om dit te kunnen doen, is het handig dat je een ruw beeld hebt van hoe een ziekenhuisfactuur in elkaar zit. Een ziekenhuisfactuur wordt opgesteld volgens een vast stramien, ongeacht vanuit welk ziekenhuis deze factuur vertrekt:

- De eerste pagina geeft een globaal overzicht van de ziekenhuiskosten. Deze worden onderverdeeld in een aantal rubrieken. Enkel de rubrieken die op jou van toepassing zijn, worden vermeld. Ze hoeven dus niet allemaal voor te komen op jouw factuur (zie a.3).
  Daarnaast vind je in dit overzicht het totaal te betalen bedrag, een evt. reeds betaald voorschot op de kosten en het bedrag dat het ziekenhuis rechtstreeks aan jouw ziekenfonds aanrekent.

- De tweede pagina geeft een detail van de kosten weer en is eigenlijk de gedetailleerde factuur, eveneens opgesplitst per rubriek. De kosten worden onderverdeel in drie kolommen: 'ten laste van het ziekenfonds', 'ten laste van de patiënt' en 'Supplementen' (in geval van keuze voor een éénpersoonskamer).

Goed om weten

- Soms staan er op een ziekenhuisfactuur twee rekeningnummers vermeld: één van het ziekenhuis zelf en één van de medische raad.
- Sommige ziekenhuizen factureren verblijfskosten, honoraria en producten apart en soms ook via andere rekeningnummers. Dit facturen krijg je vaak ook via een afzonderlijke zending gespreid in tijd.
- Sommige ziekenfondsen vragen of ze de factuur digitaal mogen versturen. Dit is perfect toegestaan, maar enkel na jouw akkoord.
- Indien je een hospitalisatieverzekering hebt, doe je er goed aan om altijd de volledige factuur (samenvatting + gedetailleerd overzicht) aan hen over te maken.

4. Laat je ziekenhuisfactuur controleren

Voor veel mensen is de drempel hoog om bij vragen over de ziekenhuisfactuur contact op te nemen met het ziekenhuis. De meeste ziekenfondsen bieden gelukkig wel de mogelijkheid om ziekenhuisfacturen te controleren. Hiervoor maak je best een afspraak met een consulent van jouw ziekenfonds. Je kan jouw vragen daar dan stellen en indien nodig zullen ze samen met jou verduidelijking vragen bij het ziekenhuis. Wellicht kan het gesprek met de consulent wel al verduidelijking over een aantal aspecten geven. Doe dit gesprek indien mogelijk voor de betaling van de factuur.

5. Betwisten van de factuur

Wie een geplande, niet dringende ingreep moet ondergaan, bevindt zich in een luxepositie om zich op voorhand te informeren. Anders is het voor wie met spoed wordt opgenomen in het ziekenhuis en een dringende ingreep moet ondergaan met bijhorende ziekenhuisopname. Trouwens, ook wie zich op voorhand goed geïnformeerd heeft, kan achteraf nog voor onaangename verrassingen komen te staan.

De eerste horde die je kan nemen, is de controle van jouw factuur door een consulent van het ziekenfonds waarbij je bent aangesloten (punt c). Als daaruit blijkt dat er fouten zijn gemaakt (foute bedragen, niet-gerechtvaardigde bedragen, …), kan de dienst 'Ledenverdediging' van jouw ziekenfonds de factuur in jouw naam betwisten bij de financiële dienst of ombudsman van het ziekenhuis.[3]

Ook als je de factuur reeds betaald zou hebben en je achteraf toch twijfels krijgt bij de correctheid van jouw factuur kan je contact opnemen met jouw ziekenfonds. De consulent zal dit dan bekijken en indien nodig alsnog doorverwijzen naar de dienst 'Ledenverdediging'.

Goed om weten

Het betwisten van een ziekenhuisfactuur louter op grond van de argumentatie dat de kostenraming en de factuur van elkaar verschillen, is zinloos. De reden hiervoor is dat een

[3] Meer info over de werking van de ombudsman in het ziekenhuis vind je hier terug.

kostenraming een theoretische weergave is van de gemiddelde kost van een ingreep/behandeling en de factuur in principe het realistische financieel verslag is van die ingreep/behandeling. De realiteit is immers vaak anders dan op voorhand ingeschat:

- Een ingreep kan langer duren omwille van complicaties waardoor meer anesthesie nodig is.
  Er kan meer bloedverlies optreden dan voorzien, waardoor bloedtoediening nodig is.
  Tijdens een ingreep wordt duidelijk dat er toch een implantaat moeten worden ingebracht.
  Tijdens een behandeling moet een bepaald medicijn vervangen worden na een allergische reactie.

Ook de duur van de ziekenhuisopname kan langer zijn dan wat gemiddeld nodig is na een bepaalde ingreep:

- Er treden post-operatieve complicaties op zoals bijv. infectie op een open wonde.
  De revalidatie achteraf kan moeizamer verlopen dan doorgaans het geval is bij een bepaalde ingreep/behandeling.

TOT SLOT

In een ideale wereld zouden de patiëntenrechten met het grootste enthousiasme gerespecteerd worden. Een open communicatie over het financiële plaatje van een heelkundigen ingreep/behandeling met bijhorende opname zou dan niet meer dan vanzelfsprekend mogen zijn. In afwachting van deze ideale wereld is het kwestie van bewust op onze rechten te staan en – indien de situatie dit toelaat - onszelf goed te informeren over de financiële aspecten van een behandeling en opname.

Wie tussen de lijnen van dit document doorleest, leest ook dat er op de langere termijn nog werk op de plank ligt. Een overzicht:

- Afschaffen van de ereloonsupplementen bij de keuze voor een één persoonskamer.
- Afstappen van het idee dat 'de éénpersoonskamer' een elitaire keuze is, maar erkenning geven aan het feit dat dit een basisverwachting aan het worden is voor iemand die opgenomen dient te worden in het ziekenhuis. Dit veronderstelt bijv. ook de afschaffing van de mogelijkheid om een kamersupplement aan te rekenen voor een éénpersoonskamer?
- Een grondige evaluatie van de huidige financiering van ziekenhuizen met bijhorende bijsturing.
  Hospitalisatieverzekeringen moeten hun originele bestaansreden terugkrijgen, nl. het opvangen van de verblijfskosten. Dit betekent dat zij niet langer misbruikt mogen worden om hoge ereloonsupplementen door te rekenen in de redenering dat de hospitalisatieverzekering toch (deels) betaalt.
- Een betere omschrijving van welke informatie een patiënt automatisch moet krijgen van een zorgverlener of zorginstelling, dit in het kader van de wet op de patiëntenrechten. Met hierbij ook aandacht voor de manier waarop deze informatie verstrekt wordt (verwijzing naar brochure of website zou onvoldoende moeten zijn?).
- In het kielzog daarvan een actiever opvolgingsbeleid om hardleerste zorgverleners en -instellingen tot andere inzichten te brengen …

Er ligt dus zeker nog wel wat belangenbehartigend werk op de planken!