

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw -
Groenveldstraat 15 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos - Winegemsteenweg 70 Bus 005
- 2970 's Gravenwezel
- nummer 51 - januari 2010 - verschijnt in jan- ma- jun-
sept en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail
Erkenningsnummer: P2A8311

NIEUWSBRIEF

NIEUWJAARSWENSEN

In 2009 vierde het VPP samen met haar ledenverenigingen haar 10-jarig bestaan. Tijdens het feestsymposium werd duidelijk dat onze vereniging gezien wordt als vertegenwoordiger van de patiënt in het gezondheidslandschap. Dit werd onderlijnd door de minister, beleidsverantwoordelijken, artsen en wetenschappers.

In 2010 willen we deze uitdaging verder aangaan. Samen met onze leden willen we prioriteiten aanbrengen in de knelpunten die het afgelopen jaar verzameld werden. We willen de contacten dan ook aanhalen en hopen jullie te ontmoeten op onze samenkomsten. Noteer alvast onderstaande data.

We wensen jullie voorspoed in het nieuwe jaar en kijken uit naar een mooie samenwerking!

Gemma Reynders-Broos
Voorzitter

DATA STUDIEGROEPEN

Studiegroep medicatie	Studiegroep werk	Studiegroep verzekeringen
8 maart	25 februari	20 januari
7 juni	6 mei	7 april
20 september	30 september	8 september
13 december	2 december	17 november

De bijeenkomsten van de studiegroepen starten om 19u en vinden plaats op onze locatie in de Groenveldstraat 15 te Heverlee.

DATUM ALGEMENE VERGADERING: 13 MAART 2010

EEN KINDGERICHT ZIEKENHUIS KIEZEN

Samen met de Christelijke (CM) en Socialistische mutualiteiten (NVSM), nam Test-Aankoop een enquête af bij ouders van een kind dat in 2007 in een ziekenhuis verzorgd werd. Tegelijk peilden ze ook bij 103 ziekenhuizen met een kinderafdeling naar kindgerichtheid en ouderparticipatie. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw werd in de voorbereidingsperiode gevraagd bemerkingen te geven bij de vragenlijst en daarna de eerste conclusies te becommentariëren.

ENKELE BEVINDINGEN

De enquête is een opvolger van de enquêtes van 1996 en 2005 en de algemene tendens is dat ziekenhuizen steeds meer rekening houden met het kind. Vooral de volgende resultaten springen in het oog: De uitrusting en inrichting van de spoeddiensten is tegenwoordig beter afgestemd op kinderen.

- In daghospitalisatie worden minder kinderen samen met volwassenen verpleegd dan ervoor.
- Rooming-in is in alle ziekenhuizen mogelijk maar steeds meer instellingen bieden het ook aan zonder dat ouders er expliciet naar moeten vragen. Een minpunt is dat er in meer dan 60% van de ziekenhuizen nog kosten voor overnachting worden aangerekend. Volgens het Europees Handvest Kind en Ziekenhuis zou die gratis moeten zijn.
- Hoewel steeds meer ziekenhuizen beweren dat er mogelijkheid is om aanwezig te zijn bij de inleiding van de narcose en het ontwaken op de recovery, was slechts 37% van de ondervraagde ouders aanwezig bij de inleiding van de narcose en slechts 45% bij het ontwaken. Nochtans had 70 % van de ouders die beweerden niet aanwezig te zijn geweest op één van beide momenten dit achteraf nuttig gevonden;
- Hoewel er bij een operatie onder volledige verdoving heel wat vragen komen kijken waarop de anesthesist een antwoord kan bieden, is een raadpleging bij de anesthesist niet standaard voorzien. In Vlaanderen gebeurt dit slechts in 25% van de ziekenhuizen. Uit de enquête blijkt dat ouders heel wat uitleg krijgen van de behandelende chirurg (20%) of van verpleegkundigen (24%). Bijna 20% van de ouders geeft aan dat er voorafgaand aan de ingreep helemaal geen mogelijkheid was tot gesprek;
- Voor een meerdaags verblijf in het ziekenhuis is de tevredenheid van ouders groot over de behandelende arts, op alle afdelingen behalve op spoed. Ook de verpleegkundigen scoren hoog, vooral op vlak van deskundigheid. De spelbegeleiders scoren goed op sociaal en menselijk vlak. De tevredenheid over de onderwijzer(es) en psycholoog daarentegen is laag. Voor de psycholoog vaak zelfs onvoldoende. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het nog steeds niet duidelijk is wat de rol van de psycholoog precies inhoudt. Vaak wordt deze er ook pas bijgeroepen als er zich problemen voordoen die door de andere zorgverleners niet kunnen worden opgelost.

MEER WETEN?

Op de website van Test-Aankoop (www.test-aankoop.be → dossier → gezondheidszorg → 'welk ziekenhuis voor uw kind?') kan je ziekenhuizen vergelijken op vlak van kindvriendelijkheid volgens

verschillende criteria (vb. of rooming-in mogelijk is, of rooming-in gratis is, of er mogelijkheid is voor ouders om aanwezig te zijn bij de inleiding van de narcose en bij het ontwaken op de recovery...).

ADVIES VAN TEST-AANKOOP: GEEF UITLEG EN STEL VRAGEN

- Spreek op voorhand met je kind over een opname in het ziekenhuis;
- Vraag in het ziekenhuis hoe je als ouder kan participeren en of rooming-in mogelijk is;
- Vraag op voorhand informatie in het ziekenhuis over kosten van rooming-in en andere kosten.

Bron: Test Gezondheid, december 2009

HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN: VPP VRAAGT DE REGERING OM DE SOLIDARITEIT MET CHRONISCHE ZIEKEN!

Problemen met de toegang tot hospitalisatieverzekeringen voor chronische zieken zijn niet nieuw. Toch maakt het wetsvoorstel over hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen dat momenteel besproken wordt in het parlement ons bijzonder ongerust. We leggen uit waarom.

UITSpraak EUROPEES HOF DWINGT TOT Aangepast WETGEVING

Omwille van een uitspraak van het Europees Hof moet de wetgeving over de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten aangepast worden. Het taksvoordeel dat ziekenfondsen tot hiertoe genoten ten opzichte van private verzekeraars mag niet langer behouden blijven. Het doorrekenen van deze kost aan consumenten kan dan ook worden verwacht.

Eind 2009 kreeg het VPP echter kennis van een wetsvoorstel waarin niet enkel een aangepaste taksregeling ter sprake kwam, maar ook een belangrijke verworvenheid uit de bestaande wetgeving over hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen (de wet Demotte) op de helling werd gezet.

VERWORVENHEID UIT WET DEMOTTE OP DE HELLING

De wet Demotte van 11 mei 2007 bepaalt dat ziekenfondsen hun leden de toegang tot hun eigen hospitalisatieverzekering niet mogen weigeren. Dit recht geldt echter slechts tot de leeftijd van 65 jaar. De hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen zijn sindsdien dus verplicht om tussen te komen in de kosten die verbonden zijn aan een reeds bestaande aandoening of ziekte. Het ziekenfonds mag daarvoor geen hogere bijdrage vragen. Ze mogen de tussenkomst op basis van werkelijke kosten enkel vervangen door een forfaitaire vergoeding (die al dan niet in de tijd wordt beperkt) en kosten van supplementen in eenpersoonskamers beperken of uitsluiten.

Mensen die nog niet (of minder dan twee jaar) over een hospitalisatieverzekering beschikken en plots ziek vallen, kunnen:

- bij een private verzekeraar slechts een hospitalisatieverzekering afsluiten die de kosten verbonden aan de ziekte uitsluit;
- bij een ziekenfonds aansluiten als ze akkoord gaan met een periode (van meestal 5 jaar) waarin de kosten verbonden aan hun ziekte worden uitgesloten of forfaitair worden terugbetaald.

Hoewel de wet Demotte voor verbetering vatbaar is, blijft ze voor personen met een chronische ziekte of handicap erg belangrijk. In tegenstelling tot hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars zijn

ziekenfondsen immers verplicht om (op termijn) tussen te komen voor de kosten van vooraf bestaande aandoeningen. Bovendien zijn hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten goedkoper dan de vaak dure private hospitalisatieverzekeringen. Voor structurele gebruikers van zorg zoals chronisch zieken wegen medische kosten en hospitalisaties zwaar door op het budget en is een hospitalisatieverzekering dan ook geen overbodige luxe.

Het voorliggende wetsontwerp laat ziekenfondsen vrij om al dan niet een dekking aan te bieden voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen. Deze vrije keuze voor ziekenfondsen betekent voor personen met een chronische ziekte een achteruitgang van hun sociale bescherming. Zij kunnen alleen maar hopen dat hun ziekenfonds een dekking blijft aanbieden voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen.

PLEIDOOI VPP

Het VPP is van oordeel dat het voorliggende wetsontwerp afbreuk doet aan de solidariteit tussen zieke en gezonde mensen en aan de sociale bescherming van chronisch zieken. Daarnaast verwachten we dat prijsstijgingen ertoe zullen leiden dat kwetsbare groepen zonder hospitalisatieverzekering vallen. Om dit te voorkomen, ijveren we voor:

- een behoud van de bepalingen uit de wet Demotte nl. de verplichte toegang tot de hospitalisatieverzekering tot 65 jaar en de verplichte dekking van voorafbestaande aandoeningen zonder bijpremie;
- een verbetering van de bepalingen uit de wet Demotte nl. dat er een vaste termijn van 5 jaar wordt ingevoerd waarin mutualiteiten beperkingen tot de dekking van voorafbestaande aandoeningen kunnen hanteren en waarna de medische kosten van voorafbestaande aandoeningen volledig gedekt zijn;
- een betaalbare hospitalisatieverzekering voor iedereen.

WET VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT DE SCHULDSALDOVERZEKERING VOOR PERSONEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE OF HANDICAP

Op 3 december 2009 werd in het parlement een wet¹ goedgekeurd die de schuldsaldoverzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap toegankelijker moet maken. Een schuldsaldoverzekering is een verzekering die nabestaanden vrijwaart van het terugbetalen van schulden bij een overlijden bijvoorbeeld bij de aankoop van een woning. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) werkte mee aan de totstandkoming van deze wet en zal ook een rol spelen bij de verdere invulling en evaluatie ervan.

HET LOBBYWERK VAN HET VPP

Sinds haar oprichting in 1999 vormt de verzekeringsproblematiek voor personen met een chronische ziekte of handicap een aandachtspunt voor het VPP en streven we naar een betaalbare toegang tot verzekeringen voor personen met een chronische ziekte of handicap. De belangrijkste klachten in verband met schuldsaldoverzekeringen vormen de hoge bijpremies omwille van de gezondheidstoestand, weigeringen door verzekeraars en het gebrek aan transparantie voor de kandidaat-verzekerde over de beslissing van de verzekeraar.

Op basis van deze klachten ondernam het VPP reeds diverse initiatieven om de problematiek op de politieke agenda te plaatsen. Zo werkten we actief mee om een wetsvoorstel te formuleren voor een

¹ Wet van 3 december 2009 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft.

betere toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap. Ook worden we sinds juni 2008 betrokken bij de besprekingen over de problematiek van de schuldsaldoverzekeringen in de Commissie voor Verzekeringen. Deze Commissie is een officieel orgaan dat adviezen verleent over alle problemen van verzekeringen en is samengesteld uit vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen, verzekeringsmakelaars, verbruikers (Test Aankoop, OIVO en de vakbonden) en deskundigen.

Dit alles leidde ertoe dat eind 2009 een wet werd goedgekeurd die de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap moet verbeteren. Let op! Alvorens de wet van kracht gaat, moet er nog een gedragscode worden uitgewerkt. We verwachten dat de wet toepasbaar wordt in de tweede helft van 2010.

GEDRAGSCODE EN VERPLICHTINGEN VOOR VERZEKERAARS

De gedragscode is een overeenkomst over gedragsregels voor verzekeraars tussen vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen, verzekeringsmakelaars, verbruikers (Test Aankoop, OIVO en de vakbonden) en andere deskundigen zoals het VPP. De Commissie voor Verzekeringen krijgt zes maanden de tijd om die uit te werken. Indien ze er binnen deze termijn niet in slaagt een gedragscode uit te werken, dan stellen de ministers bevoegd voor Verzekeringen en Volksgezondheid een gedragscode op over de volgende onderwerpen:

- voorwaarden voor het gebruik van een standaard medische vragenlijst;
- inhoud van een standaard medische vragenlijst;
- voorwaarden voor een bijkomend medisch onderzoek;
- termijnen voor de behandeling van een verzekeringsaanvraag;
- alternatieve waarborgen voor de kredietinstelling in plaats van een schuldsaldoverzekering;
- voorwaarden voor de toegang tot het Opvolgingsbureau voor tarifiering (zie verder);
- de manier waarop verzekeraars en kredietinstellingen informatie over het mechanisme van schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico ruim en op duidelijke wijze moeten verspreiden;
- sancties bij niet-naleving van de gedragscode.

Als de verzekeraar de gedragscode niet naleeft, kan de (kandidaat-)verzekerde zich wenden tot een bemiddelingsorgaan.

Naast de gedragscode regelt de wet ook verplichtingen voor de verzekeraar op vlak van transparantie, beroepsmogelijkheden en een solidariteitsmechanisme voor betaalbare schuldsaldoverzekeringen. Enkele voorbeelden hiervan:

- Als de verzekeraar een hogere premie aanrekent omwille van je gezondheidstoestand, dan moet hij deze opsplitsen in een basispremie en een bijpremie zodat je beter kan vergelijken tussen aanbiedingen van verschillende verzekeraars.
- Als de verzekeraar een hoge bijpremie voorstelt of een weigering of uitsluiting van bepaalde risico's moet hij zijn beslissing schriftelijk motiveren en de contactgegevens van zijn adviserende arts meedelen.
- Als je een verzekering aanvraagt moet je binnen de 15 dagen de beslissing van de verzekeraar ontvangen hebben.

MOGELIJKHEDEN DIE DE WET BIEDT IN VERSCHILLENDE SITUATIES

Een kandidaat-verzekerde met een chronische ziekte of handicap vraagt een schuldsaldoverzekering aan. De volgende situaties zijn denkbaar:

- **Situatie A:** De verzekeraar biedt de kandidaat-verzekerde een verzekering aan zonder bijpremie of een verzekering met een redelijke en proportionele bijpremie. De kandidaat-verzekerde aanvaardt het aanbod.
- **Situatie B:** De verzekeraar weigert de toegang, rekent een hoge bijpremie aan of sluit bepaalde verzekeringsrisico's in het contract uit. De kandidaat-verzekerde gaat niet akkoord met het aanbod van de verzekeraar.

Een kandidaat-verzekerde die geweigerd wordt, een hoge bijpremie moet betalen of geconfronteerd wordt met uitsluitingen van bepaalde risico's kan zich beroepen op:

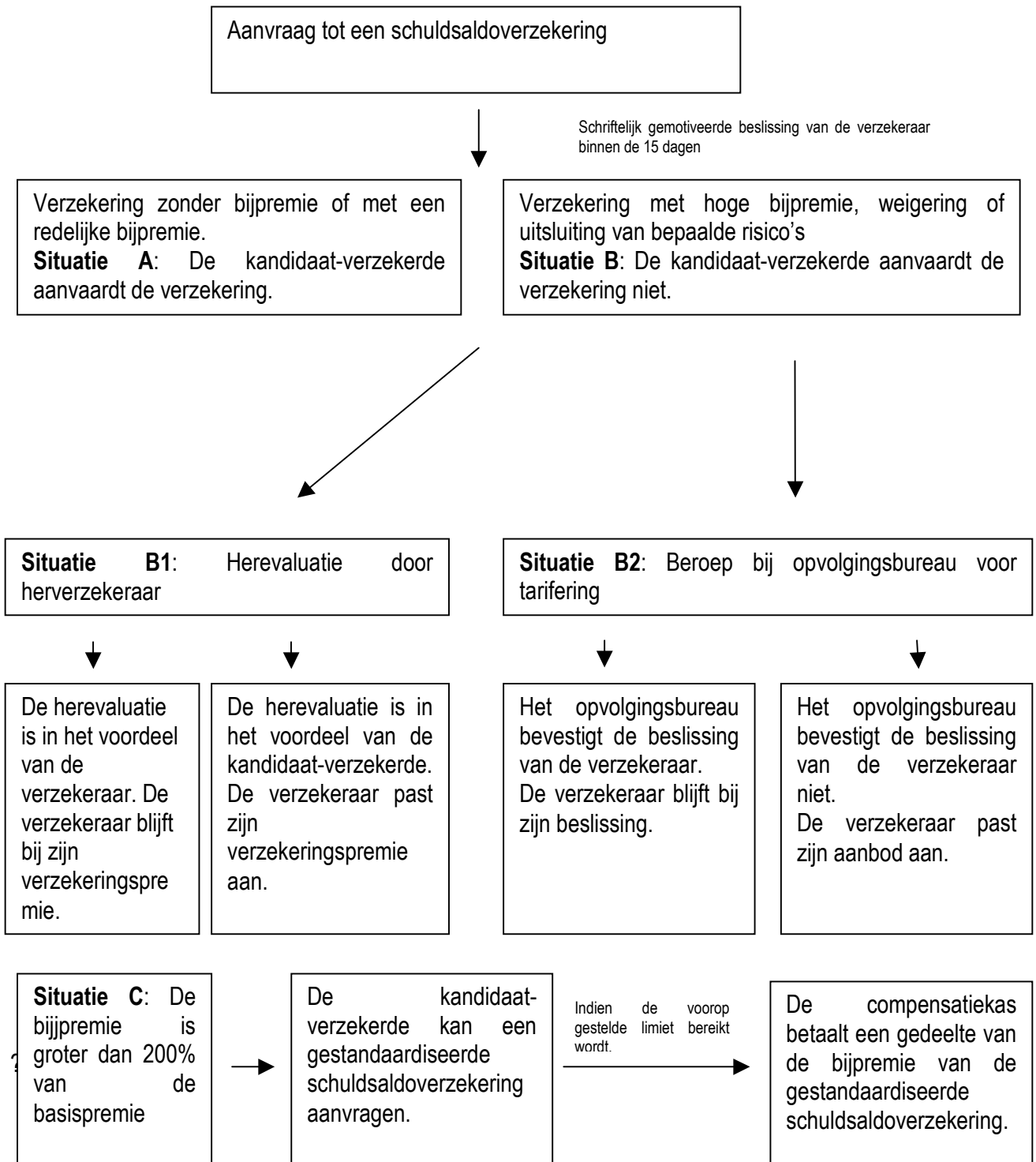
- **Situatie B1:** herevaluatie door een herverzekeraar²
Een kandidaat-verzekerde heeft recht op een herevaluatie door een herverzekeraar. Wanneer de herverzekeraar tot een bijpremie besluit die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, dan dient het verzekeringsvoorstel aangepast te worden.
- **Situatie B2:** het opvolgingsbureau voor tarifiering
De consument kan rechtstreeks (of via de Ombudsman voor Verzekeringen) bij het opvolgingsbureau vragen of de bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is. Indien het Opvolgingsbureau oordeelt van niet, dan is de verzekeraar verplicht zijn bijpremie aan te passen. De verzekeraar is verplicht om de consument te informeren over het bestaan van het opvolgingsbureau.
- **Situatie C:** De verzekeraar biedt een bijpremie aan die meer is dan het dubbel van de basispremie. De kandidaat-verzekerde komt in aanmerking voor een gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering.

Het opvolgingsbureau bepaalt de voorwaarden en premies waaronder de kandidaat-verzekerde toegang heeft tot een gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering die op het solidariteitsmechanisme kan rekenen. Indien de bijpremie voor een gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering een vooropgestelde limiet bereikt dan zal de compensatiekas een gedeelte van de bijpremie voor de kandidaat-verzekerde betalen. Deze limieten moeten later nog bepaald worden in de uitvoeringsbesluiten van de wet. De compensatiekas wordt gefinancierd door verzekeraars die levensverzekeringen als waarborg voor kredieten en hypothecaire kredieten aanbieden.

De gestandaardiseerde schuldsaldoverzekering verzekert maximaal 200 000 EUR indien de kandidaat-verzekerde het hypothecaire krediet alleen aangaat. Indien er medekredietnemer is, kan de kandidaat-verzekerde zich verzekeren tot hetzelfde bedrag, maar beperkt tot 50% van het ontleende kapitaal.

² Door zich te herverzekeren voorkomt een verzekeraar dat mogelijke schadegevallen die hij moet uitkeren plotseling te groot worden voor zijn eigen financiën. Dit risico kan de verzekeraar zelf laten verzekeren door een herverzekeraar. Herverzekeraars zijn meestal internationale ondernemingen die o.a. beschikken over wereldwijde expertise inzake gezondheidsrisico's, premiebepalingen, schadebeheer, ...

SCHEMATISCHE SAMENVATTING



ZOWEL HUISARTSEN ALS PATIËNTEN ZIJN DE GENERISCHE GENEESMIDDELEN GUNSTIG GEZIND

WAT ZIJN GENERISCHE PRODUCTEN?

Wanneer het octrooi³ van een merkgeneesmiddel vervalst, kan er een generisch geneesmiddel op de markt komen. Een generisch geneesmiddel is gelijkwaardig aan het merkgeneesmiddel, heeft dezelfde kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling aan actieve bestanddelen én dezelfde farmaceutische vorm. Zoals ook het geval is voor het oorspronkelijke merkgeneesmiddel moet de veiligheid en doeltreffendheid van een generisch product uitgebreid worden aangetoond. Daarnaast is een generisch product goedkoper en kan het op die manier zorgen voor besparingen, zowel voor de patiënt als voor de overheid.

HUISARTSEN VERTROUWEN GENERISCHE GENEESMIDDELEN

FeBelGen, de koepelorganisatie van de Belgische generieke geneesmiddelenbedrijven, voerde in samenwerking met het onderzoeksbureau Medistrat het “Onderzoek naar de perceptie rond generieke geneesmiddelen bij de Belgische huisartsen” uit. Uit dit onderzoek blijkt dat:

- 9 op 10 huisartsen positief staan tegenover generische geneesmiddelen;
- 8 op 10 huisartsen het noodzakelijk vinden dat er generische producten beschikbaar zijn;
- bijna alle artsen aangeven dat de grote meerwaarde van generische producten ligt bij het tot stand komen van concurrentie en prijsverlagingen;
- 7 op 10 huisartsen ervan overtuigd zijn dat de kwaliteit van generische geneesmiddelen en merkgeneesmiddelen dezelfde is.

Uit hetzelfde onderzoek blijkt verder dat:

- 6 op 10 huisartsen bedenkingen hebben bij generieke geneesmiddelen met een nauwe therapeutische index (dit zijn geneesmiddelen waarbij het verschil tussen de werkzame dosis en de toxische dosis zeer klein is waardoor dergelijke producten vaak verhuld worden in een sluier van halve waarheden en bangmakerij);
- 3 op 10 huisartsen vinden dat het gebruik van andere hulpstoffen bij generische geneesmiddelen meer ongewenste nevenwerkingen of allergieën veroorzaakt.

Algemeen kan men dus stellen dat de Belgische huisartsen vertrouwen hebben in de generische geneesmiddelensector. Dat huisartsen positief staan tegenover de generische geneesmiddelen is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van een rationeel geneesmiddelenbeleid.

GEÏNFORMEERDE PATIËNTEN GEBRUIKEN GENERISCHE GENEESMIDDELEN

Een ander onderzoek toont aan dat ook patiënten open staan voor het gebruik van generische geneesmiddelen. Uit een recent onderzoek van InSites Consulting (een marktonderzoeksbureau met een sterke internationale positie) blijkt dat 83% van de deelnemers ervan overtuigd is dat een generisch geneesmiddel even effectief is als het merkgeneesmiddel. 71% van de patiënten zegt het verschil te kennen tussen generische producten en merkproducten. Deze patiënten zijn gemiddeld iets hoger

³ Een octrooi is een wettelijke bescherming van een uitvinding die de houder het alleenrecht geeft tot exploitatie. Deze wettelijke bescherming is beperkt in tijd en geldig binnen een geografisch afgebakend gebied.

opgeleid, 45-plussers en eerder man dan vrouw. Patiënten die op de hoogte zijn van een generisch alternatief vinden dit een voldoende argument om deze generische producten ook effectief te gebruiken.

BESPAREN DOOR GEBRUIK VAN GENERISCHE GENEESMIDDELEN

Wanneer zowel huisartsen als patiënten ervan overtuigd zijn dat generische producten een volwaardig en goedkoper alternatief zijn voor de merkgeneesmiddelen, ligt het pad open voor besparingen in de gezondheidszorg. Momenteel bestaat slechts 10% van de omzet in publiek toegankelijke apotheken uit generische producten. Er is met andere woorden nog marge om te besparen door een verhoogd gebruik van generische producten.

Bron: Febelgen Newsletter, december 2009

ZIEKENHUIS- EN ZORGVERLENINGSFACTUREN

DE OPNAMEVERKLARING

Bij opname in het ziekenhuis krijg je als patiënt een opnameverklaring voorgelegd. Dat geldt zowel voor een klassieke ziekenhuisopname als voor een daghospitalisatie of een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Hierin staat aangegeven welk voorschot het ziekenhuis kan aanrekenen en welke kamer- en honorariumsupplementen afhankelijk van de kamerkeuze betaald moeten worden. De keuze die je op dat moment maakt, heeft gevolgen voor de ziekenhuisfactuur. De opnameverklaring wordt in twee exemplaren opgesteld en moet door jou en een ziekenhuisbediende ondertekend worden. Het is belangrijk dat je de opnameverklaring en de toelichting (met de prijzen van bijvoorbeeld telefoongesprekken en bijkomende maaltijden) goed leest en bewaart.

Je kan ervoor kiezen om verzorgd te worden 'tegen verbintenistarief'. Dit betekent dat het ziekenhuis je geen honorariumsupplementen kan aanrekenen. De keuze voor verzorging tegen verbintenistarief kan echter wel de keuze van de zorgverlener beïnvloeden. Zo is het mogelijk dat je geopereerd wordt door een andere chirurg dan degene die je hebt geraadpleegd als deze chirurg niet geconventioneerd zou zijn.

Vervolgens kan je een kamertype kiezen. Deze keuze bepaalt of het ziekenhuis kamersupplementen mag aanrekenen. Sinds januari 2010 mogen er geen kamersupplementen meer worden aangerekend bij verblijf in een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer. Kamersupplementen zijn bijgevolg enkel nog mogelijk als de patiënt expliciet kiest voor opname in een eenpersoonskamer. Als je in een individuele kamer wenst te verblijven, kan je echter niet kiezen voor verzorging tegen verbintenistarief.

Tip: Als je een hospitalisatieverzekering hebt, lees dan goed de algemene voorwaarden na. Bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer zijn soms alle kosten volledig gedekt.

Kamertype	Eenpersoonskamer	Tweepersoonskamer	Gemeenschappelijke kamer
Kamersupplement	Kamersupplement mogelijk	Er mogen geen kamersupplementen worden aangerekend.	Er mogen geen kamersupplementen worden aangerekend.
Keuze voor verbintenistarief	Geen verbintenistarief mogelijk	Verbintenistarief mogelijk	Verbintenistarief mogelijk

VERBONDEN EN NIET- VERBONDEN ARTSEN: KEUZE VOLGENS HET VERBINTENISTARIEF

Niet enkel artsen in ziekenhuizen maar alle zorgverleners zijn voortaan verplicht om patiënten te informeren over hun statuut: verbonden, niet verbonden of gedeeltelijk verbonden (bepaalde dagen of uren). Verbonden artsen zijn artsen die zich aan de tarieven houden zoals overeengekomen in het akkoord tussen Geneesheren en Ziekenfondsen. Niet-verbonden artsen hoeven zich niet aan deze tarieven te houden.

Als je in een ziekenhuis kiest voor een niet-verbonden specialist kunnen honorariumsupplementen worden aangerekend. In een individuele kamer kunnen ook verbonden artsen honorariumsupplementen vragen. Aan sommige patiënten (bijvoorbeeld patiënten met het Omnio-statuuut) mogen slechts beperkte of geen supplementen worden aangerekend. Bij zware ingrepen acht de arts een opname op een individuele kamer soms aangewezen 'om medische redenen', zelfs al maak je als patiënt een andere keuze. In zo'n geval kunnen geen kamer- en honorariumsupplementen worden aangerekend.

In de opnameverklaring wordt vermeld welke de maximale supplementen zijn die het ziekenhuis je kan aanrekenen. Omdat de honorariumsupplementen daarbij uitgedrukt zijn in een percentage, blijft het onduidelijk welk bedrag de patiënt zal moeten betalen. Zo kan een honorariumsupplement van 100 procent bij een bevalling een opleg van 600 tot 1300 euro betekenen. De meeste hospitalisatieverzekeringen dekken deze honorariumsupplementen slechts tot op beperkte hoogte. Daarom is het goed om de polisvoorwaarden na te kijken alvorens een kamerkeuze te maken.

MEER INFO

Met vragen over de kamerkeuze of ziekenhuisfactuur of het statuut van een zorgverlener kan je terecht bij je ziekenfonds. Als je vragen hebt over je ziekenhuisfactuur, contacteer dan je ziekenfonds alvorens te betalen.

Bronnen: www.cm.be en www.socmut.be

VERS GEperST

HEIBEL OVER HOGERE PREMIE VOOR HOSPITALISATIEVERZEKERING DKV

DKV, de marktleider voor individuele hospitalisatieverzekeringen in België, zit op ramkoers met de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA). De aanleiding is een premieverhoging van 7.84 % die DKV op 1 januari 2010 doorvoert.

De nieuwe wetgeving over hospitalisatieverzekeringen bepaalt dat de premie slechts op drie manieren mag worden verhoogd: door de consumptieprijsindex toe te passen, door een nog te ontwikkelen 'medische index' te hanteren, of na tussenkomst van de CBFA. Omdat de medische index er nog altijd niet is, kiezen de meeste verzekeraars ervoor de premie voor individuele polissen in 2010 ongewijzigd te laten of de consumptieprijsindex toe te passen, zo blijkt uit een rondvraag. AXA en Ethias kiezen voor de consumptieprijsindex; Argenta en Allianz passen hun premies niet aan en KBC heeft nog geen beslissing genomen. AG Insurance verhoogt de premies met 2.33 % op basis van een specifieke index voor de prijs van een eenpersoonskamer, die een deel is van de consumptieprijsindex. Alleen DKV stapte naar de CBFA met de vraag de premies voor zijn topproduct met 7.84 % op te trekken. Volgens DKV is dat de reële toename van de kosten voor verzorging in een eenpersoonskamer. Toen de CBFA in afwachting van een medische index geen beslissing nam, besliste DKV de premie voor een eenpersoonskamer toch

te verhogen. Volgens DKV-topman Luc Vancamp heeft DKV geen keuze. "Zonder verhoging lijden we verlies. De andere verzekeraars passen misschien geen verhoging toe, maar de markt zit dan ook voor 25 miljoen euro in het rood."

Hoe het verder moet, is onduidelijk. "We zijn nog in discussie met DKV. Maar er is geen goedkeuring voor een premieverhoging en zij kunnen dat niet eenzijdig doen", klinkt het bij de CBFA.

Bron: De Tijd 31 december 2009

BIJSLUITERS OP INTERNET

Vanaf maandag 11 januari 2010 zijn alle bijsluiters van de in België verkrijgbare geneesmiddelen te raadplegen op de website van het Federaal Agentschap Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Dit is voor patiënten een grote vooruitgang. Kan je de bijsluiter van je geneesmiddel niet meer vinden of vind je de lettertjes te klein dan kan je via de website van het FAGG de betreffende bijsluiter zoeken. Doordat de bijsluiters in pdf-formaat opgenomen zijn, kan je ze op je scherm gemakkelijk vergroten of verkleinen en kan je ze met één muisklik ook afdrukken. De bijsluiters zijn beschikbaar in het Nederlands en in het Frans en binnenkort ook in het Duits.

Naast de bijsluiters zijn ook de samenvattingen van de kenmerken van het product (SKP's) beschikbaar. Deze zijn eerder bestemd voor de gezondheidszorgbeoefenaars en zijn beschikbaar in het Nederlands en het Frans.

Zowel de bijsluiters als de SKP's zullen regelmatig bijgewerkt worden.

Hoe vind ik de bijsluiter van mijn geneesmiddel?

1. Surf naar www.fagg-afmps.be;
2. Klik in de rechterkolom op "Bijsluiters en samenvattingen van de kenmerken van het product";
3. Klik op het gewenste tabblad: "Menselijk gebruik" of "Diergeneeskundig gebruik";
4. Lees de inleidende tekst;
5. Vervolgens kan je zoeken op naam van het geneesmiddel: voer de naam van het geneesmiddel in en druk op "zoek";
6. Kies het gewenste document (bijsluiter voor het publiek of samenvatting van de kenmerken van het product) en de gewenste taal;
7. Klik "Open" om het document te downloaden;
8. Het document verkleinen of vergroten kan door het aanpassen van het percentage in de werkbalk bovenaan het document;
9. Afdrukken kan door aanklikken van het printer-icoontje.

Bron: www.fagg-afmps.be

De in deze nieuwsbrief opgenomen artikels mogen worden overgenomen mits bronvermelding. Je kan het artikel in een Word-versie opvragen via info@vlaamspatientenplatform.be

TEGEMOETKOMING PIJNSTILLERS VOOR CHRONISCHE ZIEKEN, OOK VOOR (BEPAAALDE) BRUISTABLETTEN

Sinds 1 juli 2007 zijn er een aantal specifieke maatregelen voor chronisch zieken van kracht. Eén van die maatregelen bepaalt dat chronische pijnpatiënten voor bepaalde pijnstillers een tegemoetkoming van 20% kunnen krijgen en dat het remgeld dat ze nog betalen opgenomen wordt in de maximumfactuur. Om van deze maatregel gebruik te kunnen maken moeten patiënten lijden aan chronische pijn van een bepaald type en is er een goedkeuring van de adviserend geneesheer nodig.

Veel chronische pijnpatiënten zijn op de hoogte van deze maatregel. Toch bestaat er nog een misverstand omtrent de bruistabletten. Veel patiënten vragen zich namelijk af waarom er geen bruistabletten opgenomen werden in de lijst van pijnstillers waarvoor ze een tegemoetkoming kunnen krijgen. Maar wanneer we de lijst bekijken, zien we dat er wel degelijk bepaalde bruistabletten werden opgenomen. Het is belangrijk om te weten dat de lijst van pijnstillers driemaandelijks aangepast wordt en aangevuld wordt.

De voorwaarden om van deze maatregel te kunnen genieten en de meest recente lijst van pijnstillers (analgetica) vind je op de website van het r.i.z.i.v. www.riziv.be (Burger > Medische kosten > Terugbetaling specifiek: Chronisch zieken > Pijnstillers).

Indien je niet over internet beschikt of graag een papieren lijst hebt, kan je deze aanvragen bij het VPP (Klaartje Bruyninckx, 016/23 05 26)

Bron: www.riziv.be