



Wegwijzer
naar een betaalbare
(*eerstelijns*) gezondheidszorg

Uit de Gezondheidsenquête België, 2008 blijkt dat 14 % van de bevolking hun gezondheidszorgen niet meer kunnen betalen en daarom noodzakelijke zorg uitstellen.

Daarvoor zijn een aantal redenen. De financiële drempel is er één van. Soms hebben mensen gewoon het geld niet om de huisarts, tandarts of andere zorg te betalen. Daarnaast kan een gebrek aan juiste en duidelijke communicatie en informatie ook een belangrijke drempel zijn die kan meespelen in de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Er zijn nochtans heel wat voordelen en regelingen waar mensen beroep op kunnen doen. Maar meestal zien zowel patiënten als hulpverleners en zorgverstrekkers door het bos de bomen niet meer.

Daarom heeft de Gentse Gezondheidsraad een brochure opgesteld die een overzicht biedt van de (eerstelijns) gezondheidszorg en de betaalbaarheid ervan samen met tal van financiële regelingen die kunnen gehanteerd worden.

Deze wegwijzer kan aansluitend bij de Sociale Kaart van Gent een hulpmiddel zijn in het vinden van alle regelingen voor een betaalbare gezondheidszorg. Deze brochure is in eerste instantie gericht naar hulpverleners en zorgverstrekkers die op die manier hun cliënten/patiënten de juiste informatie kunnen geven en ook gerichter kunnen doorverwijzen.

Wij hopen dat deze 'Wegwijzer naar een betaalbare (eerstelijns) gezondheidszorg' een nuttig werk-instrument zal zijn en danken u ook voor uw dagelijkse inzet die bijdraagt tot een betere gezondheid van alle Gentenaars!

Guy Reynebeau

Schepen van Welzijn en Gezondheid

1	<i>Eerstelijnsgezondheidszorg in Gent</i>	7
	1.1 Huisartsen	1
	1.2 Apothekers	2
	1.3 Tandartsen	3
	1.4 Kinesitherapeuten	3
	1.5 Kind en Gezin	4
	1.6 Centra voor leerlingenbegeleiding	4
	1.7 Kollektief Antikonceptie	5
	1.8 Thuisverpleging	5
	1.9 Geestelijke gezondheidszorg	6
2	<i>Financieel ondersteunende diensten</i>	7
	2.1 OCMW	7
	2.2 Ziekenfondsen	7
3	<i>Terugbetalingen in de eerstelijnsgezondheidszorg</i>	9
	3.1 De ziekteverzekering	9
	3.2 Terugbetaling van gezondheidszorgen	9
	3.3 Geconventioneerd vs niet geconventioneerd	9
	3.4 Verhoogde tegemoetkoming en Omnio-statuu	10
	3.5 Uitkering wegens ziekte en invaliditeit	12
	3.6 Regeling sociaal betalende derde	15
	3.7 Het forfaitaire systeem	15
	3.8 Het Globaal Medisch dossier.	15
	3.9 De maximumfactuur MAF.	16

Vind een huisarts of apotheek in je buurt via
www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart)!



4	<i>Specifieke financiële tegemoetkomingen</i>	17
5.1	Forfait chronisch zieke (of zorgforfait)	17
5.2	Incontinentieforfait	17
5.3	Palliatieve nomenclatuurnummers	17
5.4	Palliatieve thuiszorgpremie	18
5.5	Chronische pijnbestrijding	18
5.6	'Actieve' verbandmiddelen	18
5.7	Diabetespas	18
5.8	Zorgtrajecten Diabetes Type 2 en Chronische Nierinsufficiëntie	19
5.9	De Vlaamse zorgverzekering.	19
5.10	Hospitalisatieverzekering	19



1

Eerstelijnsgezondheidszorg in Gent

1.1 Huisartsen

Wie ziek is, gaat naar de huisarts. Je kiest best een vaste huisarts in de buurt, zij het een solo-huisarts, een groepspraktijk of een wijkgezondheidscentrum. Een vaste huisarts biedt je meer continuïteit en kwaliteit van zorg. Een overzicht op kaart van alle huisartsen in Gent vind je op www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart).

Wie ziek wordt in het weekend (vanaf vrijdagavond 19 uur tot maandagochtend 7 uur) of op een feestdag (van de avond voordien om 19 uur tot de ochtend na de feestdag om 7 uur) en dringend een dokter nodig heeft, kan het best telefoneren naar het centrale wachtnummer:

- ◆ **09 236 50 00** voor Gent, Ledeborg, Gentbrugge, Wondelgem, Mariakerke, Oostakker, Melle, Heusden, Destelbergen, Desteldonk, Mendonk en Sint-Kruis-Winkel. Je krijgt dan een afspraak bij 1 van de drie huisartsenwachtposten, die zich bevinden aan de Baudelokaai 7, de Martelaarslaan 305 en de Kliniekstraat 27 (Gentbrugge). Als de patiënt niet mobiel is, dan is een huisbezoek mogelijk.
- ◆ **09 220 66 66** voor Zwijnaarde en Sint-Denijs-Westrem. Je verneemt zo wie de dokter van wacht is.

Tijdens de week vanaf 19 uur tot 8 uur Kan je ook terecht op het centrale nummer 09 236 50 00 om de huisarts van wacht te bereiken. Voor de regio Zwijnaarde, St Denijs Westrem kan je via je eigen huisarts de gegevens vernemen van de arts van wacht.

Je kan ook terecht bij de wachtdienst via fax (09 237 22 10), mail (wachtpost@memo.be) en sms (0477 67 59 01).

Wat betaal ik bij de huisarts?

Het systeem in België is zo dat je voor je consultatie bij de huisarts betaalt. Je krijgt een briefje mee voor het ziekenfonds, dat je dan een deel terugbetaalt. Wat dan nog overschiet is de persoonlijke bijdrage, ook wel 'remgeld' genoemd.

Hoe minder betalen?

Globaal Medisch Dossier (GMD): iedereen met een GMD betaalt minder remgeld bij consultatie van die vaste huisarts. Sommige groepen genieten dit voordeel ook bij huisbezoek. Bij aanmaak van het GMD betaal je 28,15 euro. Daarna wordt dit jaarlijks automatisch verlengd en wordt dit bedrag rechtstreeks door het ziekenfonds aan de huisarts betaald.

Verhoogde Tegemoetkoming/Omniostatuut: je betaalt minder remgeld en je kan de Regeling Sociaal Betalende Derde op vraag krijgen.

Regeling Sociaal Betalende Derde: je betaalt slechts je remgeld. De zorgverstreker rekent het resterende bedrag rechtstreeks af met het ziekenfonds. De huisarts kiest zelf of hij deze regeling zal toepassen. Je bespreekt dit best op voorhand met je arts.

Een geconventioneerde huisarts: de meeste huisartsen zijn geconventioneerd en houden zich aan de tarieven die afgesproken werden met het RIZIV en de ziekenfondsen.

Wijkgezondheidscentra: deze interdisciplinaire centra werken volgens het forfaitaire systeem waardoor je door inschrijving het engagement aangaat om steeds naar daar te gaan met je zorgvragen. De consultaties zijn dan gratis. Het wijkgezondheidscentrum ontvangt voor iedere ingeschreven patiënt een vast, maandelijks bedrag van het RIZIV.

www.huisartsenwachtposten.be

www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart)

1.2 Apothekers

Voor medicatie en gezondheidsadvies over vaak voorkomende gezondheidsproblemen kan je terecht bij de apotheker. Je kiest best voor een vaste apotheker in je buurt. Namen en adressen staan in de gouden gids en op www.apotheek.be. Een overzicht op kaart van alle apothekers in Gent vind je op www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart).

Buiten de normale openingsuren (dus op zonen feestdagen en na 18 à 19 uur) zijn er apothekers van wacht. De wachtdienst is opgesplitst in een dag- en nachtdienst. De dagdienst loopt van 9 uur 's morgens tot 23 uur 's avonds. De lijst van de dienstdoende apothekers hangt uit aan de gevel van elke apotheek en kan geraadpleegd worden via het internet (www.apotheek.be), via AVS-teletekst p. 621 en via tel. 0900/10.500.

Tussen 23 uur 's avonds en 9 uur 's morgens geldt de nachtdienst, enkel te raadplegen via het centrale oproepnummer 09 236 50 00.

Hoe minder betalen?

Generische geneesmiddelen : (veel) goedkoper en even kwaliteitsvol. Je vraagt zelf beter naar generische geneesmiddelen bij je huisarts en je apotheek.

Verhoogde Tegemoetkoming of Omnio: je betaalt voor een groot deel van geneesmiddelen minder.

Regeling Sociaal Betalende Derde: wordt automatisch toegepast bij het voorleggen van de SIS-kaart.

www.apotheek.be

www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart)

www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart)

1.3 Tandartsen

Voor tandzorg en preventieve controles kunnen mensen terecht bij een tandarts in hun buurt. Je kiest best voor een vaste tandarts waarbij je jaarlijks op controle gaat. Namen en adressen zijn te vinden in de gouden gids en op het internet www.mijntandarts.be.

Voor dringende problemen kunnen patiënten terecht op het nummer 0903 36 996, 7 dagen per week, de klok rond. Dit is een betalend nummer, 1,12 euro per minuut.

Wat betaal ik bij de tandarts?

Het systeem in België is zo dat je voor je consultatie bij de tandarts betaalt. Je krijgt een briefje mee voor het ziekenfonds, die je dan een deel terugbetaalt. Wat dan nog overschiet is de persoonlijke bijdrage, ook wel 'remgeld' genoemd.

Hoe minder betalen?

Uitgestelde betaling: dan betaal je later.

Verhoogde Tegemoetkoming of Omnio: je betaalt minder remgeld.

Regeling Sociaal Betalende Derde: je betaalt slechts je remgeld. De tandarts kiest zelf of hij al of niet deze regeling zal toepassen. Je bespreekt dit best op voorhand.

Een geconventioneerde tandarts: bij de niet geconventioneerde tandarts betaal je een grotere persoonlijke bijdrage, waardoor je dus méér betaalt dan bij een geconventioneerde tandarts.

Jaarlijkse controle: de jaarlijkse consultatie voor controle wordt grotendeels terugbetaald door het ziekenfonds.

Gratis tandzorg tot 18 jaar: de meeste behandelingen bij een geconventioneerde tandarts worden tot de leeftijd van 18 jaar volledig terugbetaald.

www.mijntandarts.be

1.4 Kinesitherapeuten

Bij problemen aan voornamelijk het bewegingsstelsel, word je door de huisarts met een medisch voorschrift voor een bepaald aantal behandelingen doorverwezen naar de kinesitherapeut. Hij streeft ernaar om aan de hand van oefeningen, fysieke therapie, manuele verrichtingen en preventie gezondheidsproblemen op te lossen of te voorkomen.

De kinesitherapie is opgedeeld in een aantal deel-domeinen met specifieke therapeutische behandelings-technieken voor bijzondere patiëntengroepen, zoals de cardiovasculaire, manuele, neurologische, respiratoire, pelvische en pediatrie kinesietherapie.

Wat betaal ik bij de kinesitherapeut?

Het systeem in België is zo dat je voor je consultatie bij de kinesitherapeut betaalt. Je krijgt een briefje mee voor het ziekenfonds, die je dan een deel terugbetaalt. Wat dan nog overschiet, is het remgeld.

Hoe minder betalen?

Medisch voorschrift: de huisarts schrijft je een bepaald aantal consultaties bij de kinesitherapeut voor.

Wijkgezondheidscentra: in deze interdisciplinaire centra is meestal een kinesitherapeut aanwezig waardoor je consultatie gratis is als je daar bent ingeschreven.

Verhoogde Tegemoetkoming of Omnio: je betaalt minder remgeld. Ook bepaalde (zware) aandoeningen worden meer terugbetaald.

Regeling Sociaal Betalende Derde: je betaalt slechts je remgeld. Dit kan echter slechts in bepaalde situaties (E-pathologie, overledenen, patiënten in comateuze toestand, mensen in financiële nood-situaties, en zij die recht hebben op leefloon of inkomensgarantie voor ouderen).

www.axxon.be/kzkgent

1.5 Kind en Gezin

Jonge ouders kunnen voor hun kinderen tot 3 jaar een afspraak maken in een **consultatiebureau**. Daar worden zaken zoals verzorging, voeding en opvoeding besproken met de regioverpleegkundige. De aanwezige arts vaccineert, volgt de groei en ontwikkeling en onderzoekt de algemene toestand van de baby/het kind. De consultaties zijn gratis en gericht op preventie: er worden geen voorschriften gegeven (behalve voor vaccins). Met een zieke baby moeten de ouders naar de huisarts.

Bij jonge ouders worden ook een aantal **huisbezoeken** afgelegd. Ook deze bezoeken zijn gratis.

Ouders kunnen met vragen terecht op de Kindengezinslijn 078 150 100, elke werkdag van 8 tot 20 uur. Intermediairen kunnen Kind en Gezin bereiken op het telefoonnummer 09 234 33 20 of via het e-mailadres regiohuis.gent_1@kindengezin.be.

Zwangere vrouwen die zich in een moeilijke (sociale) situatie bevinden, kunnen terecht bij Kind en Gezin voor **prenatale begeleiding**. Er is één prenataal steunpunt waar de zwangerschap medisch begeleid wordt. Daarnaast is er een samenwerkingsverband met het uz waar mensen medisch begeleid worden en psychosociale ondersteuning krijgen. Voor deze medische begeleiding moet wel betaald worden.

Al de begeleidingen (uitgezonderd dus de medische begeleiding in het uz) zijn gratis.

De consultaties, huisbezoeken en prenatale begeleidingen van Kind en Gezin zijn gratis.

www.kindengezin.be

1.6 Centra voor leerlingenbegeleiding

Leerlingen, ouders, schoolteams kunnen een beroep doen op het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) van hun school voor informatie en advies, diagnostiek en kortdurende begeleiding. Het CLB werkt zowel rond het psychisch en sociaal functioneren van de leerling, de preventieve gezondheidszorg, het leren en studeren als de onderwijsloopbaan.

Elke school werkt samen met een team dat bestaat uit een arts, een maatschappelijk werker, een psychopedagogisch consulent en een paramedisch werker.

De dienstverlening van elk centrum van leerlingenbegeleiding is gratis.

www.iclb.be (interstedelijk CLB)

www.vclbgent.be (vrij CLB regio Gent)

www.clbgent.be
(CLB GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap)

1.7 Kollektief Antikonceptie

Wie ongewenst zwanger is, kan terecht bij het Kollektief Antikonceptie voor zwangerschaps-
onderbreking en psychosociale begeleiding bij het beslissingsproces.

Voor meer informatie over seks en relaties kunnen mensen terecht bij Sensoa.

www.abortuscentrum-gent.be

www.gent.be/gezondheid (gezondheid in kaart)



1.8 Thuisverpleging

De meeste prestaties door thuisverplegingsdiensten zijn gratis voor de patiënt. Voor informatie over de mogelijkheden en voorwaarden, kan men terecht bij het ziekenfonds, diensten voor thuisverpleging of zelfstandige thuisverpleegkundigen.

Wie ingeschreven is in een wijkgezondheidscentrum, moet zich voor verpleegkundige zorgen wenden tot dit centrum.

Ook bij thuisverpleging kan de Regeling Sociaal Betalende Derde worden toegepast. Je betaalt meestal geen persoonlijke bijdrage.

Bond Moyson: ww.socmut.be

Solidariteit voor het Gezin: www.solidariteit.be

Wit-Gele Kruis: www.wgkovl.be

Zelfstandige verpleegkundigen: www.verplegingthuis.be

Wie wegens gezondheidsproblemen hulp nodig heeft, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of verzorging, kan terecht bij een dienst voor thuiszorg of een lokaal dienstencentrum in zijn buurt.

1.9 Geestelijke gezondheidszorg

In België bestaat momenteel geen structureel georganiseerde eerstelijnszorg voor psychische problemen.

Mensen met psychische problemen kunnen in eerste instantie terecht bij hun huisarts. De huisarts verwijst dan door naar een psychiater of psycholoog. Verder kunnen mensen terecht voor psychosociale ondersteuning bij een Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en de Dienst Maatschappelijk Werk van hun ziekenfonds.

Op de tweede lijn kan men terecht in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) met uiteenlopende problemen van psychische, relationele of psychosomatische aard. Sommige centra hebben zich gespecialiseerd in bepaalde probleemgebieden (zoals bv. behandeling van drugsverslaving), terwijl andere centra openstaan voor een breed gamma aan problematieken.

Een raadpleging bij een psychiater is opgenomen in de nomenclatuur en wordt dus gedeeltelijk terugbetaald door de ziekteverzekering. De psycholoog is als discipline momenteel nog niet wettelijk erkend en wordt dus niet gedeeltelijk terugbetaald.

Informatie over organisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg in Gent is terug te vinden op de website www.psygent.be.

www.tele-onthaal.be (tel. 106)

www.cawvisserij.be

www.cawartevelde.be

www.cggeclips.be

www.rcgg.be



2 Financieel ondersteunende diensten voor de eerstelijnsgezondheidszorg

2.1 OCMW

De Themawerking Gezondheidszorg van het ocmw biedt hulp- en dienstverlening aan **mensen die door hoge medische facturen in financiële moeilijkheden geraken**.

Op basis van schriftelijke aanvragen via de zorgverstrekkers onderzoeken zij wat hierin de meest passende hulpverlening kan zijn, vb. bemiddelen naar een afbetaling, gehele of gedeeltelijke tenlastename van de kosten, ... Deze dienst werkt nauw samen met algemene en psychiatrische ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, huisartsen, wijkgezondheidscentra, apothekers en andere zorgverstrekkers uit de Gentse regio.

Wie leefloon krijgt of de inkomensgarantie ouderen, krijgt automatisch de verhoogde tegemoetkoming toegekend.

Mensen zonder papieren kunnen zich voor dringende medische zorg wenden tot het ocmw, Offerlaan 6 - 9000 Gent, 09 266 95 96 (in het kader van het KB 1996 inzake dringende medische hulp).

Sinds 1 september 2007 werd een nieuwe procedure ingevoerd voor dringende medische hulp aan mensen zonder papieren.

Concreet moeten deze mensen zich aanmelden bij het ocmw en een aanvraag doen voor een medische kaart. Het ocmw doet dan een huisbezoek, waarbij de sociaal-financiële situatie onderzocht wordt.

In afwachting van dit huisbezoek, wordt alvast een tijdelijke medische kaart afgeleverd, die toegang geeft tot dringende medische zorgverlening.

De medische kaart is maar voor drie maanden geldig. Vóór het verstrijken van deze drie maanden wordt best een nieuwe medische kaart aangevraagd.

Met een geldige medische kaart (geen kopie!) van het ocmw kan de patiënt naar de huisarts en de apotheker gaan. De prestaties worden gratis afgeleverd en het ocmw betaalt rechtstreeks aan de zorgverstrekker.

www.ocmwgent.be

www.orientatiepunt.be (voor meer info rond gezondheidszorg voor mensen zonder papieren)

2.2 Ziekenfondsen

De overheid heeft de ziekenfondsen erkend om de **wettelijke ziekteverzekering** (zie verder) uit te voeren, waarvoor zij in ruil een vergoeding ontvangen. Iedereen moet zich aansluiten bij een Ziekenfonds naar keuze of bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), die georganiseerd wordt door de overheid zelf. (Mensen uit bepaalde beroepscategorieën, vb. werknemers van de NMBS, hebben deze vrije keuze niet).

De statuten van de ziekenfondsen voorzien in een verplichte betaling van de **lidmaatschapsbijdrage**. Deze bijdrage dient NIET om de wettelijke ziekteverzekering uit te voeren, maar wordt wel gebruikt voor een aantal diensten en voordelen (geboortepremie, niet-dringend ziekenvervoer,...), waarop de aangesloten leden een beroep kunnen doen. Deze voordelen en tussenkomsten verschillen per ziekenfonds.

Bij de Hulpkas kan je gratis aansluiten en betaal je geen lidmaatschapsbijdrage. Je hebt dan recht op de wettelijke ziekteverzekering, maar niet op aanvullende diensten en voordelen.

Bijkomend kan aan de leden een **'bijdrage financiële verantwoordelijkheid'** gevraagd worden, om de reserves voor terugbetalingen weer op peil te brengen.

Deze bijdrage verschilt per ziekenfonds en kan jaarlijks aangepast worden.

Deze bijdrage is fiscaal aftrekbaar.

Ten slotte organiseren ziekenfondsen ook een aantal **facultatieve verzekeringen** (zoals bvb. de hospitalisatieverzekering), waarop leden vrij kunnen aansluiten. Sommige van die verzekeringen worden ook aangeboden door privé-verzekeraars.



Bond Moyson: www.socmut.be

Christelijke Mutualiteit: www.cm.be

Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering:
www.hziv.be

Liberaal Mutualiteit: www.libmutov.be

Onafhankelijk ziekenfonds Euromut: www.euromut.be

Onafhankelijk ziekenfonds Securex: www.securex.be

Partena Onafhankelijk Ziekenfonds:
www.partena-ziekenfonds.be

Vlaams Neutraal Ziekenfonds: www.vnz235.be

Vlaams en Neutraal Ziekenfonds: www.vnz.be

Bij de **Dienst Maatschappelijk Werk** van je ziekenfonds kan je informatie, advies, ondersteuning, bemiddeling en hulpverlening krijgen voor alle gezondheidsgerelateerde thema's. Je kan bij hen ook terecht met allerlei vragen die betrekking hebben op 'thuiszorg', het Vlaams agentschap voor personen met een handicap en de Vlaamse Zorgverzekering.

Bij je ziekenfonds vraag je de verhoogde tegemoetkoming of het omnio-statuut aan. Zij helpen je verder bij het vinden van de juiste papieren en zullen de aanvraag samen met jou invullen.

3 Terugbetalingen in de eerstelijnsgezondheidszorg

3.1 De ziekteverzekering

Alle mensen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds of bij de Hulpkas kunnen van de ziekteverzekering genieten als zij in orde zijn met de regelgeving, en dus een voldoende grote financiële bijdrage geleverd hebben aan de Sociale Zekerheid¹ (zijzelf of de persoon bij wie ze ten laste zijn).

Patiënten hebben dan recht op terugbetaling van de gezondheidszorgen van ongeveer 75 % van het honorarium voor de gewone rechthebbenden en 85 à 90 % voor rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming of met Omnio-statuuat (zie verder). Als de verzekeraar niet in orde is, heeft de persoon geen recht op terugbetaling van gezondheidszorgen, ziekte- of moederschapsuitkeringen. Het ziekenfonds onderzoekt dan op welke manier de verzekeraar toch in orde kan komen (al dan niet met steun van het ocmw).

3.2 Terugbetaling van gezondheidszorgen

Om in aanmerking te komen voor een terugbetaling, moet het over een **'erkende' prestatie** gaan. Een 'erkende' prestatie is 'vertaald' in één of

meerdere nomenclatuurnummers. Wat iemand terugbetaald krijgt van het ziekenfonds hangt niet af van het bedrag dat betaald werd aan de zorgverstreker, maar wel van de aard van de prestatie die deze zorgverstreker geleverd heeft.

Voor vergoedbare **geneesmiddelen** moet in de apotheek enkel remgeld betaald worden, op voorwaarde dat de klant een geldige SIS-kaart en een correct voorschrift voorlegt. De grootorde van dit remgeld wordt bepaald door de categorie van het geneesmiddel (A, B, C, CS, CX -vermeld op de verpakking). Voor sommige geneesmiddelen is bovendien een attest van de adviserend geneesheer vereist (aangeduid door de letter f bij de categorie, bijvoorbeeld bf). Geneesmiddelen van categorie A (voor diabetes, epilepsie en oncologie) zijn in principe volledig terugbetaald.

3.3 Geconventioneerd vs niet-geconventioneerd

Tussen zorgverstrekkers (artsen, tandartsen, specialisten,...) en ziekenfondsen bestaan er akkoorden over tarieven en terugbetalingstarieven. Zorgverstrekkers die deze akkoorden aanvaarden, noemen we **'geconventioneerde'** zorgverstrekkers. Zij verbinden zich ertoe de overeengekomen tarieven te

1 Er zijn een aantal situaties die als gelijkgesteld beschouwd worden of waarbij een tekort aan persoonlijke bijdrage opgevangen wordt, zodat de persoon in kwestie dezelfde rechten krijgt als mensen met een voldoende grote eigen bijdrage.

eerbiedigen. Op die manier weet je als patiënt goed wat je persoonlijke bijdrage is. De meeste huisartsen zijn geconventioneerd.

Zorgverstrekkers die deze akkoorden niet aanvaard hebben, zijn de **'niet-geconventioneerde'** zorgverstrekkers. Als patiënt heb je dan geen goed zicht op je persoonlijke bijdrage. Je betaalt dan ook meer voor je consultatie. Vooral bij tandartsen en specialisten vind je meer niet-geconventioneerde zorgverstrekkers.

Daarnaast is er een vrij beperkte groep van **'gedeeltelijk geconventioneerde'** zorgverstrekkers. Concreet betekent dit dat deze zorgverstrekkers zich engageren om op bepaalde plaatsen en tijdstippen de overeengekomen tarieven te eerbiedigen, terwijl ze dat op andere momenten en plaatsen niet doen.



3.4 Verhoogde tegemoetkoming en Omnio-statuuat

Gezinnen met een beperkt gezinsinkomen, kunnen bij hun ziekenfonds een aanvraag indienen voor de 'verhoogde tegemoetkoming'. Deze verhoogde tegemoetkoming geldt zowel voor de betrokkene als voor de personen ten laste.

De verhoogde tegemoetkoming geeft je recht op:

- ◆ een verhoogde terugbetaling voor een consultatie bij de huisarts, tandarts, kinesitherapeut of andere zorgverstrekker door een lagere persoonlijke bijdrage (remgeld). Meer bepaald betaal je 1 euro remgeld als je ook een GMD hebt en 1,50 euro zonder GMD;
- ◆ een verhoogde terugbetaling bij opname in een ziekenhuis en voor sommige geneesmiddelen;
- ◆ de toepassing van de regeling sociaal betalende derde;
- ◆ een lager plafondbedrag voor de maximumfactuur;
- ◆ andere voordelen zoals het sociale telefoontarief, vermindering bij het openbaar vervoer (NMBS en De Lijn), korting bij bepaalde belastingen;
- ◆ voordelen die door de Stad Gent of ocmw Gent worden vastgelegd zoals bv. gratis huisvuilzakken, gratis ongediertebestrijding,...

1. De groep mensen met een sociaal voordeel (leefloon, inkomstengarantie voor ouderen of een tegemoetkoming voor gehandicapten) krijgen automatisch de verhoogde tegemoetkoming.
2. De groep mensen met een bepaalde hoedanigheid (weduwe, invalide, wees, langdurig werkloze, alleenstaande,...) krijgen de verhoogde tegemoetkoming na een positief inkomensonderzoek door het ziekenfonds.
3. Mensen met een laag inkomen die niet in de vorige 2 groepen vallen moeten hun inkomen bewijzen bij het ziekenfonds en kunnen ook recht krijgen op de verhoogde tegemoetkoming. Dat noemen ze het Omnio-statuuat.

Het grensbedrag om in aanmerking te komen voor het Omnio-statuuat is op 01/01/2010 vastgelegd op 14.778,26 euro (basisbedrag), verhoogd met 2.735,85 euro per persoon ten laste. Dit bedrag wordt geïndexeerd.

Vanaf 01/09/2010 is het grensbedrag 15.364,99 euro + 2.844,47 euro per persoon ten laste.

<i>MAANDELIJKE (BRUTO) RICHTBEDRAGEN IN EURO</i>	
alleenstaande	1280,416
2 personen	1517,455
3 personen	1754,494

<i>JAAR VAN DE AANVRAAG</i>	<i>INKOMSTEN AANVRAGER VOORGAANDE JAAR</i>	<i>INKOMSTEN BIJKOMENDE GEZINSLEDEN VOORGAANDE JAAR</i>
2011	15.163,96	2.807,26
2010	14.778,26	2.735,85

www.riziv.fgov.be
(burger/medische kosten/omnio-statuuat)



3.5 Uitkering wegens ziekte en invaliditeit

Wanneer iemand als werknemer of zelfstandige, wegens ziekte of ongeval, niet meer in staat is om zijn beroepsactiviteit uit te voeren, kan een ziekte-uitkering aangevraagd worden².

Als er een werkgever is, moet die van bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid verwittigd worden, en moet de afwezigheid gestaafd worden door een ziekteattest.

Is de zieke werkloos, dan moeten de ziektedagen op de werkloosheidskaart aangegeven worden met de letter 'Z'.

Om, eventueel na de periode van gewaarborgd loon³, een ziekte-uitkering te ontvangen, moet de betrokkene ook tijdig een ziekteaangifte bij zijn ziekenfonds (of Hulpkas) indienen. Dit moet via een specifiek formulier gebeuren, te verkrijgen bij het ziekenfonds. De behandelende arts (huisarts of specialist) vult dit in en het formulier wordt terugbezorgd aan het ziekenfonds (t.a.v. de adviserend geneesheer), bij voorkeur via de post. De tijd die zieken krijgen om deze aangifte in te dienen verschilt volgens hun werksituatie:

STATUUT	WAT IS DE TERMIJN VOOR DE AANGIFTE?
Werkloosheid, interimarbeid, onthaalouder	Binnen 2 kalenderdagen na aanvang arbeidsongeschiktheid
Arbeiders	Binnen 14 kalenderdagen na aanvang arbeidsongeschiktheid
Bedienden	Binnen 28 kalenderdagen na aanvang arbeidsongeschiktheid
Bij twijfel of bij hervat	Binnen de 2 kalenderdagen na aanvang (nieuwe) arbeidsongeschiktheid
Zelfstandigen	Binnen 28 kalenderdagen na aanvang arbeidsongeschiktheid

² Als de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een arbeidsongeval of beroepsziekte, geldt een specifieke regeling.

³ De periode van gewaarborgd loon verschilt naargelang het statuut. Voor bedienden gaat het over één maand tegen 100% en voor arbeiders over 7 dagen tegen 100% + 7 dagen tegen 85,88%.

Als de aangifte laattijdig gebeurt, zal de uitkering waar iemand recht op heeft van bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid tot op het ogenblik van de aangifte, verminderd worden met 10 %.

De ziekteangifte zal eerst worden voorgelegd aan de adviserend geneesheer, die ze medisch beoordeelt. In geval van een erkenning, zal de administratie de ziekte-uitkering berekenen.

Om dit correct te kunnen doen, zal het ziekenfonds een aantal zaken opvragen bij de werkgever of de uitbetalingsinstelling voor werkloosheid. Bovendien zal er een formulier naar de betrokkene gestuurd worden. Pas als beide documenten ingevuld terugbezorgd zijn, kan het ziekenfonds/de hulpkas normaliter het recht op ziekte-uitkering en het effectieve bedrag bepalen.

Bedrag van de ziekte-uitkering:

Als er aan bepaalde voorwaarden voldaan is, zal gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid en na de eventuele periode van gewaarborgd loon, een uitkering uitbetaald worden die ongeveer 55 of 60 % van het vroegere loon bedraagt. Na 1 jaar zal het ziekenfonds/de hulpkas dit percentage verder nuanceren op basis van de gezinssamenstelling en onderscheiden we 65 % (voor een gezinshoofd), 50 % (voor alleenwonenden) en 40% (voor samenwonenden).

Er gelden minimum- en maximumgrensbedragen.

Belangrijk: het gaat hier over bruto-uitkeringen (er zullen eventueel en afhankelijk van de gezinssituatie en gezinsinkomsten, via het aanslagbiljet belastingen op berekend worden).

Voor moederschapsrust en moederschapsbescherming is een specifieke regeling van toepassing met aangepaste percentages van ziekte-uitkering.

Als er sprake is van een arbeidsongeschiktheid bij een zelfstandige, wordt de ziekte-uitkering niet berekend op basis van vroegere inkomsten, maar wordt een forfaitaire uitkering betaald, op basis van een zesdagenstelsel.

Een ziekte-uitkering kan men ontvangen tot op het ogenblik van de wettelijke pensioenleeftijd, en dit voor zoverre de arbeidsongeschiktheid erkend blijft door de adviserend geneesheer.

Wie arbeidsongeschikt is, zal dan ook regelmatig uitgenodigd worden voor een medische controle. Het is belangrijk op deze uitnodiging in te gaan. Als dit om medische redenen niet kan, moet de zieke contact opnemen met de adviserend geneesheer en zijn afwezigheid staven met een medisch attest.

Aandachtspunt:

1. Iemand die een ziekte-uitkering ontvangt en naar het buitenland op reis gaat (zelfs voor 1 dag), moet hiervoor **eerst** toestemming van de adviserend geneesheer krijgen.
2. Als om medische redenen een volledige hervatting niet kan, maar een gedeeltelijke hervatting van de beroepsactiviteit wel mogelijk is (en de werkgever gaat hiermee akkoord), dan moet hiervoor (ook) eerst toestemming worden gevraagd bij de adviserend geneesheer. Als die akkoord gaat, zal hij dat schriftelijk bevestigen. Naast het loon dat de betrokkene effectief verdient, zal er dan ook een ziekte-uitkering betaald worden. Dit is een bedrag dat herberekend wordt en afhankelijk is van het loon dat de zieke die maand gekregen heeft.

Hieronder een overzicht⁴:

<i>REGELING ZELFSTANDIGEN</i>				
		met gezinslast	zonder gezinslast	opmerkingen
1ste maand		€ 0,00	€ 0,00	
vanaf 2de maand tot einde eerste jaar		€ 48,39	€ 37,10 (alleenst) € 30,23 (samenw)	
Invaliditeit	bedrijf stopgezet	€ 49,26	€ 39,42 (alleenst) € 33,80 (samenw)	handelsregisterneergelegd gelijkstelling gevraagd bij sociale kas
	bedrijf niet stopgezet			
			€ 48,39	€ 37,10 (alleenst) € 30,23 (samenw)



⁴ Bedragen geldig op 01-09-2010. Deze bedragen worden geïndexeerd.

3.6 Regeling sociaal betalende derde

Zieken met financiële problemen kunnen hun zorgverstrekker hiervan beter op de hoogte brengen. Een bezoek uitstellen is geen goed idee. Dat kan namelijk de gezondheid schaden en het kan ook leiden tot veel hogere kosten, door bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis.

De wet voorziet in een manier om de gezondheidszorg beter toegankelijk te maken, met name de regeling sociaal betalende derde. Met deze regeling betalen zieken enkel het persoonlijk aandeel (het remgeld) aan de zorgvertrekker. Die ontvangt dan de wettelijke terugbetaling rechtstreeks van het ziekenfonds. De patiënt krijgt dan geen prestatiebriefje en hoeft uiteraard ook niet meer bij het ziekenfonds langs te gaan voor terugbetaling.

Elke zorgverstrekker (huisarts, tandarts, kinesitherapeut, etc.) kan dit toepassen, maar de zorgverstrekker beslist zélf of hij deze regeling al of niet wil toepassen.

3.7 Het forfaitaire systeem

Het forfaitaire systeem wordt in België vooral toegepast door de wijkgezondheidscentra en de praktijken van Geneeskunde voor het Volk. Het houdt in dat patiënten zich **inschrijven** in een wijkgezondheidscentrum en daardoor overeenkomen dat ze een beroep doen op dit centrum als ze een huisarts of een verpleegkundige nodig hebben. In wijkgezondheidscentra met een kinesist geldt dit ook voor de kinesitherapeutische zorgen.

⁵ *Tarief 2011.*

De ingeschreven patiënten betalen niet voor hun consultatie. (Ze betalen wel voor medicatie, verzorgingsmateriaal, raadpleging bij de tandarts, specialist, ...). Ze hoeven dan ook geen prestatiebriefjes meer in te wisselen bij het ziekenfonds. Ze moeten wél in orde zijn met het ziekenfonds.

- ◆ Gaan zij toch langs bij een andere (dan aan het centrum verbonden) arts, verpleegkundige of kinesist, dan moeten ze voor de prestatie betalen en krijgen ze geen terugbetaling van het ziekenfonds!;
- ◆ Als de huisarts van wacht niet in een wijkgezondheidscentrum werkt, betalen de patiënten de huisarts en krijgen ze een prestatiebriefje. Dat briefje geven ze dan af in het centrum waar ze ingeschreven zijn. Ze krijgen het betaalde bedrag, min de persoonlijke bijdrage, terug van het centrum;
- ◆ Op vakantie in eigen land betalen de patiënten de dokter, waarna ze een prestatiebriefje krijgen. Dit geven ze dan af in hun wijkgezondheidscentrum. Op basis daarvan betalen de centra hun patiënten terug.

3.8 Globaal Medisch dossier

Het globaal medisch dossier (GMD) is een dossier dat de huisarts aanlegt. In dat dossier verzamelt hij alle medische gegevens van de patiënt. Patiënten die een GMD laten openen door hun huisarts, betalen daarvoor 28,15 euro⁵ en krijgen dat bedrag volledig terugbetaald door het ziekenfonds. De regeling betalende derde kan hier ook toegepast worden. Het hebben van een GMD heeft als bijkomend voordeel dat het remgeld voor de prestaties in bepaalde gevallen 30 % minder bedraagt.

WANNEER HEB JE RECHT OP REMGELDVERMINDERING?	
gewone verzekerde	raadpleging huisarts
75-plusser	raadpleging en huisbezoek huisarts
erkend chronisch ziek	raadpleging en huisbezoek huisarts
zelfstandige	raadpleging huisarts

Huisbezoeken 's avonds, 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag vallen niet onder deze regeling.

Naast dit financiële voordeel biedt een GMD ook het voordeel dat de gezondheidstoestand van de patiënt beter wordt opgevolgd, er dubbele onderzoeken worden vermeden en preventief gewerkt wordt aan een betere gezondheid.

Een GMD is geldig tot het einde van het volgende kalenderjaar. Als de patiënt minstens 1 maal per jaar langsgaat bij de dokter die het dossier beheert, wordt het automatisch verlengd. Het moet ook jaarlijks betaald worden.

www.riziv.fgov.be
(burger/medische kosten/
het Globaal Medisch Dossier)

3.9 De maximumfactuur MAF

De MAF bepaalt dat men na het bereiken van een plafond op de remgeldteller⁶ (volgens de inkomenscategorie waartoe men behoort) geen wettelijke persoonlijke bijdragen ("remgelden") moet betalen. Voor de MAF worden de individuele tellers van een rijksregistergezin samengeteld. Voor kinderen tot 19 jaar en personen met voorkeurtarief, wordt de MAF individueel bekeken en telt een ander plafond.

Werkwijze

De gezinnen of personen die hun plafond bereikt hebben, krijgen een brief van het ziekenfonds waarop vermeld staat dat ze geen persoonlijke bijdragen meer hoeven te betalen. Dit kan direct gebeuren of later via de belastingen worden verrekend.

Als de verrekening op de teller iets later is gebeurd (zoals het geval is met ziekenhuiskosten), dan wordt het te veel betaalde bedrag door het ziekenfonds aan de betrokkene terugbetaald.

Heeft een gehospitaliseerde rechthebbende de maximumfactuur voor dat kalenderjaar bereikt, dan kan het ziekenhuis zowel het deel dat het ziekenfonds betaalt als de wettelijke persoonlijke bijdrage voor de patiënt door het ziekenfonds rechtstreeks laten betalen.

www.riziv.fgov.be
(burger/medische kosten/maximumfactuur)

⁶ Alle burgers aangesloten bij een ziekenfonds hebben op hun naam een teller. Op deze teller komen automatisch de wettelijk bepaalde oplegkosten voor doktersbezoek, medicatie, kinesitherapie, ziekenhuiskosten, tandverzorging, onderzoeken, enzovoort, ingediend bij het ziekenfonds. De teller kan individueel geraadpleegd worden maar wordt ook opgevolgd per rijksregistergezin (zoals genoteerd in het bevolkingsregister).

4 Specifieke financiële tegemoetkomingen

4.1 Forfait chronisch zieke (of zorgforfait)

Het forfait chronisch zieke is een eenmalig jaarlijks bedrag dat het ziekenfonds uitbetaalt aan personen die:

- ◆ een officiële erkenning bezitten als chronisch zieke en als zodanig geregistreerd zijn bij het ziekenfonds (wettelijke opsomming van wie als chronisch zieke erkend wordt)
- ◆ 2 opeenvolgende jaren minimaal 450 euro (365 voor personen met recht op verhoogde tegemoetkoming) op hun remgeldteller bereikt hebben.

Het toegekende jaarbedrag varieert naargelang de mate van verlies zelfredzaamheid en bedraagt 279,69 euro, 419,54 euro, 559,37 euro.

Dat bedrag wordt bepaald op basis van het afgeleverde attest erkenning chronisch zieke.

4.2 Incontinentieforfait

Het incontinentieforfait is een jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten voor incontinentiemateriaal van **zwaar zorgbehoevenden**. Het bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd.

Voor 2011 bedraagt het **459,59 euro**.

De uitbetaling gebeurt door het ziekenfonds aan personen die thuis verblijven. Om hiervoor in aanmerking te komen moet het ziekenfonds over een ingevulde Katzschaal beschikken (opgemaakt door een thuisverpleegkundige die al of niet verzorging toedient), die aantoont dat de patiënt minimaal score 8 heeft voor mobiliteit en een 3 of 4 voor incontinentie en dit gedurende meer dan 4 maanden in de voorbije 12 maanden.

Opmerking: ook de Stad Gent geeft een toelage voor personen met blijvende incontinentie aan Gentse gezinnen en alleenstaanden. Het aanvraagformulier, te verkrijgen bij de Dienst Sociale Voorzieningen, moet ingevuld worden en vergezeld zijn van een doktersattest.

4.3 Palliatieve nomenclatuurnummers

Bij mensen die thuis verzorgd worden en palliatief zijn (staat tegenover curatief = genezend), kan zowel de huisarts als de verpleegkundige als de kinesist gebruik maken van de palliatieve nomenclatuurnummers. (Dat zijn de nummers die verstrekkers noteren op het getuigschrift voor verstrekte hulp.) Dit betekent dat de patiënt geen persoonlijke bijdragen meer zal moeten betalen voor de verzorging door deze zorgverleners.

4.4 Palliatieve thuiszorgpremie

Het forfait palliatieve zorg is een tegemoetkoming in de kosten voor medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen, die vereist zijn voor de thuisverzorging van **palliatieve patiënten**.

Het forfait bedraagt **603,12 euro** en wordt voor één maand toegekend.

De aanvraag wordt ingevuld door de behandelende huisarts en eventueel uitbetaald door het ziekenfonds.

Het forfait kan nog een **tweede maal** worden toegekend indien de patiënt na afloop van de eerste dertig dagen verder aan de voorwaarden voldoet.

4.5 Chronische pijnbestrijding

Patiënten met chronische pijn kunnen voor bepaalde courante pijnstillers (onder andere Dafalgan; voor de volledige lijst: zie www.riziv.be) van het ziekenfonds een financiële bijdrage krijgen van 20 % van de kostprijs op voorwaarde dat ze een attest van de adviserend geneesheer hebben.

Het remgeld wordt dan ook opgenomen in de MAF.

Ook magistrale bereidingen op basis van paracetamol (= Dafalgan) of acetylsalicylzuur (= Aspirine) die normaal gesproken niet terugbetaald worden, kunnen vergoed worden als er een attest is van de adviserend geneesheer. Het remgeld bedraagt dan 2,20 euro voor 20 stuks, respectievelijk 0,6 euro bij Omnio-statuuat.

4.6 'Actieve' verbandmiddelen

Patiënten met een chronische wonde (niet geheeld na zes weken behandeling) kunnen voor een hele reeks specifiekeverbanden (lijst: zie www.riziv.be) ook een financiële bijdrage krijgen van het ziekenfonds op voorwaarde dat ze een goedkeuring van de adviserend geneesheer hebben. Deze bijdrage bestaat uit een forfait van 20 euro per maand en een bijkomende bijdrage in de apotheek van 0,25 euro per voorgeschreven verpakking (de arts moet "derdebetalen van toepassing" op het voorschrift vermelden). Als deze tussenkomst onvoldoende is, wordt het persoonlijk aandeel van de patiënt ook opgenomen in de MAF.

4.7 Diabetespas

De diabetespas is een document dat diabetespatiënten gratis kunnen aanvragen bij de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds. Dit gebeurt via een standaardformulier waarin een medisch voorschrift vervat zit. Met dat document kunnen ze bepaalde verstrekkingen binnen de ziekteverzekering (grotendeels) terugbetaald krijgen. Het gebruik van een diabetespas door de erkende huisarts en bepaalde behandelingen door diëtisten en podologen.

Het gebruik van een diabetespas door de erkende huisarts houdt in dat de huisarts de doelstellingen in de diabetesbegeleiding met de patiënt bespreekt en die doelstellingen noteert in het GMD van de patiënt. (zie vroeger)

De patiënt moet dus ook over een GMD beschikken! Individuele diëtistische begeleiding en/of interventie en individueel podologisch onderzoek of podologische behandelingen zijn onder bepaalde voorwaarden grotendeels terugbetaald.

4.8 Zorgtrajecten Diabetes Type 2 en Chronische Nierinsufficiëntie

Een zorgtraject organiseert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte. Een zorgtraject berust op de samenwerking tussen 3 partijen, namelijk de patiënt, de huisarts en de specialist en start na de ondertekening van het zorgtrajectcontract dat loopt gedurende 4 jaar.

Momenteel zijn er zorgtrajecten voorzien voor patiënten met:

- ◆ Chronische Nierinsufficiëntie
- ◆ Diabetes type 2

Patiënten met een zorgtrajectcontract kunnen aanspraak maken op een aantal voordelen.

- ◆ De raadplegingen bij de huisarts en de specialist worden volledig terugbetaald;
- ◆ Naargelang de ziekte wordt zelfzorgmateriaal terugbetaald;
- ◆ Naargelang de ziekte is er toegang voorzien tot consultaties bij de diëtist, podoloog en/of diabeteseducator.

Om hiervoor in aanmerking te komen moet de patiënt voldoen aan een aantal voorwaarden. De huisarts kan hier meer informatie over bezorgen.

www.zorgtraject.be (algemene website)

www.zorgtrajectenovl.be
(website voor Oost-Vlaanderen)

4.9 De Vlaamse zorgverzekering

Wie langdurig zware zorg nodig heeft, kan een tegemoetkoming aanvragen via de Vlaamse zorgverzekering. De zorgverzekering geeft een forfaitaire vergoeding voor de niet-medische kosten van mantel- en thuiszorg. Ook bewoners van een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis kunnen een aanvraag indienen.

4.10 Hospitalisatieverzekering

De kosten van een ziekenhuisverblijf kunnen hoog oplopen: kamersupplement, remgeld op de erelonen, supplementen op de erelonen, materialen en medicatie. Daarom kan het afsluiten van een hospitalisatieverzekering nuttig zijn. Het is echter geen verplichte verzekering! De ziekteverzekering betaalt voor een aantal prestaties niets of slechts een gedeelte terug en in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld bij een verblijf in een eenpersoonskamer worden extra erelonen aangerekend, die niet in de terugbetaling vervat zijn. Het is beter altijd voor een tweepersoonskamer te kiezen!

Er bestaan drie soorten hospitalisatieverzekering:

- ◆ een kostendekkende hospitalisatieverzekering bij een verzekeringsmaatschappij of in het kader van een groepsverzekering;
- ◆ een kostendekkende hospitalisatieverzekering bij het ziekenfonds;
- ◆ een verzekering die een forfaitaire dagvergoeding toekent op basis van het aantal opnamedagen.

De hospitalisatieverzekering betaalt de persoonlijke bijdrage terug van medische zorgen. Dit kan beperkt worden tot kosten waarvoor ook de verplichte ziekteverzekering een financiële bijdrage geeft. Verder zijn er vaak ook beperkingen op het gebied van ereloonsupplementen. Er kunnen tussen de verschillende polissen grote verschillen bestaan. Het is dus belangrijk om de voorwaarden van de verzekering goed door te nemen!

De hospitalisatieverzekering is een facultatieve verzekering.

Ze dient in eerste instantie om de (soms hoge) kosten van een ziekenhuisopname (deels) te recupereren. Ze voorziet eventueel ook in een vergoeding van niet-ziekenhuisprestaties in een bepaalde periode voor en na de opname. Meestal betaalt ze ook de kosten van een ernstige ziekte terug.

Deze 'wegwijzer naar een betaalbare eerstelijnsgezondheidszorg' werd samengesteld door de Gentse Gezondheidsraad.

Verantwoordelijke uitgever:
Guy Reynebeau, schepen van Welzijn en Gezondheid,
Stadhuis, Botermarkt 1 - 9000 Gent

Jaar van uitgifte:
2011

Aandacht:
alle bedragen en regelgeving in deze brochure zijn geldig op datum van 1 januari 2011.

Elektronische versie op *www.gent.be/gezondheid*.

