

# Financiële info aan de patiënt



Wettelijke verplichtingen  
en inspiratiegids voor het informeren van  
patiënten over de kostprijs in het ziekenhuis

## COLOFON

Redactie:  
Stephanie Devisscher, Eva de Wal, Sien Loos, Stefaan Van Roey  
Met dank aan de leden van de werkgroep Info aan de patiënt

Eindredactie: Kelly Vervondel, Eva de Wal

2024©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als: *Financiële info aan de patiënt. Wettelijke verplichtingen en inspiratiegids voor het informeren van patiënten over de kostprijs in het ziekenhuis.* 2024. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
post@zorgneticuro.be  
www.zorgneticuro.be



# Financiële info aan de patiënt

Wettelijke verplichtingen en inspiratiegids voor het informeren van patiënten over de kostprijs in het ziekenhuis

# INHOUD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INLEIDING</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>VANWAAR DE COMPLEXITEIT VAN FINANCIËLE INFORMATIE AAN DE PATIËNT?</b> ..... | <b>8</b>  |
| Wat betaalt de patiënt?.....   | 9         |
| Nood aan meer bewustwording en kennis bij alle medewerkers.....                | 10        |
| <i>Health literacy</i> is een belangrijke taak van iedereen.....               | 10        |
| Hoe ziet de optimale situatie eruit? .....                                     | 11        |
| <b>WAT IS WETTELIJK VEREIST?</b> .....   | <b>12</b> |
| Financiële infoplicht van het ziekenhuis.....                                  | 13        |
| Financiële infoplicht van de beroepsbeoefenaar.....                            | 16        |
| Samenvattend overzicht en wisselwerking .....                                  | 24        |
| <b>HOE VERTALEN WE DE INFO NAAR DE PATIËNT IN PRAKTIJK?</b> .....              | <b>29</b> |
| De patiënt proactief informeren.....   | 30        |
| Tijdens het gesprek.....   | 30        |
| Bijzondere aandacht nodig.....   | 31        |
| De persoonlijke situatie van de patiënt.....                                   | 32        |
| Welke stappen kan je zetten achter de schermen van het<br>ziekenhuis? .....    | 34        |
| <b>MEER INSPIRATIE</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>BIJLAGEN</b> .....  | <b>37</b> |

# INLEIDING

Wat kost een verblijf of een consultatie in het ziekenhuis? Wie betaalt wat? Patiënten verliezen makkelijk hun weg in het kluwen van de ziekenhuisfinanciering, maar ook voor de zorgprofessionals is dat helemaal niet evident. Als we de zorg toegankelijk willen houden voor iedereen, is het belangrijk hier extra aandacht aan te schenken. Heldere info kan bijdragen aan een vlottere betaling van de ziekenhuisfactuur en een verlaging van financiële klachten of juridische verwickelingen.

Zorgnet-Icuro boog zich over de complexiteit van het geven van financiële informatie aan de patiënt in het ziekenhuis. Samen met de werkgroep Info aan de patiënt, met juristen-ethici, financieel-administratieve experts en communicatie- en kwaliteitsmedewerkers, willen we de verschillende diensten in het ziekenhuis die hierbij betrokken zijn een overzicht bieden.

We geven informatie over wat wettelijk vereist is en geven goede praktijken als inspiratie voor het uitstippelen van het intern beleid hierover in het ziekenhuis.

## VANWAAR DE COMPLEXITEIT VAN FINANCIËLE INFORMATIE AAN DE PATIËNT?

Bij alle administratieve en medische info die we meegeven aan de patiënt, krijgt het financieel aspect niet altijd voldoende aandacht. Het is complex, het is veel, het is onvoorspelbaar, het is moeilijk in te schatten. Juridische teksten zijn heel correct, volledig en heel uitgebreid... maar helaas soms ook moeilijk te begrijpen. Hetzelfde geldt voor financiële berekeningen. Uit een [bevraging van het Vlaams Patiëntenplatform](#) blijkt dat ook zorgverleners hierover te weinig kennis hebben.

Iedereen die met de patiënt in contact komt, heeft hierin een rol te spelen. Als administratief medewerker of als zorgverlener sta je soms in alle drukte en veelheid aan informatie niet stil bij de financiële impact voor bepaalde mensen. De patiënt is op het moment van contact niet altijd in staat om dat goed in te schatten en te beslissen.



### Wat betaalt de patiënt?

De kostprijs voor de patiënt bestaat uit:

1. het remgeld op de erelonen aan conventietarieven, implantaten en geneesmiddelen;
2. de kamer- en ereloonsupplementen;
3. de niet-terugbetaalde producten, diensten en prestaties.

Het geven van goede financiële informatie is uitdagend. **De kostprijs voor de patiënt hangt immers af van veel factoren** en wijzigt dikwijls:

- Het statuut van de patiënt in de sociale zekerheid. Bv. verhoogde tegemoetkoming, chronische ziekte, al dan niet lid van een ziekenfonds (remgeld, supplementen).
- Het al dan niet van toepassing zijn van de maximumfactuur (remgeld).
- Het al dan niet hebben van een hospitalisatieverzekering (remgeld, supplementen, niet-terugbetaalde producten), en – vaak over het hoofd gezien – de mogelijke verschillen in waarborgen van hospitalisatieverzekeringen.
- Welke arts: over welke discipline gaat het, is de arts volledig of gedeeltelijk geconventioneerd (ereloonsupplementen, remgeld in sommige gevallen bv. kine)?
- Kamerkeuze. Gaat het om een gemeenschappelijke kamer of een eenpersoonskamer, eventueel een luxekamer (kamersupplementen, ereloonsupplementen)?

Het vooraf ontvangen van info over de financiële gevolgen van de tussenkomst is een patiëntenrecht. In de zorg is er altijd een zekere **onvoorspelbaarheid** waardoor dat niet altijd mogelijk is. Dat komt voor als een patiënt dringende medische hulp nodig heeft. Tijdens een geplande medische behandeling of ingreep kunnen onverwachte complicaties optreden. De financiële informatie moet dan zo snel mogelijk achteraf aan de patiënt of, in het geval van een wilsonbekwame patiënt, aan zijn vertegenwoordiger bezorgd worden.

Opdat zorgverleners goede financiële informatie aan te patiënt kunnen geven, is het belangrijk om te zorgen voor voldoende basiskennis en handige informatietools. Wie zich bewust is van de financiële informatieplicht, zal ook sneller doorverwijzen naar de juiste diensten in het ziekenhuis.

#### De complexiteit van de ziekenhuisfinanciering

##### Podcast

In een driedelige podcastreeks "[De Ziekenhuisfinanciering Ontrafeld](#)" bekijken we de financiering van de ziekenhuizen van dichtbij. Wat zijn de pijnpunten van het huidige systeem? Wat zijn de uitdagingen voor de ziekenhuissector en welke financiering is daarvoor nodig? En hoe zorgen we ervoor dat de ziekenhuisfactuur voor de patiënt betaalbaar blijft?

##### Hervorming

Hier kan je meer lezen over de ruimere context van de [hervorming van de ziekenhuisfinanciering](#), en de plannen van minister Vandenbroucke.

## Nood aan meer bewustwording en kennis bij alle medewerkers

Zorgverleners moeten goed op de hoogte zijn van de financiële aspecten van een behandeling. Zij kunnen dan op hun beurt de patiënt goed informeren. Enkele opvallende resultaten uit een onderzoek van het [Vlaams PatiëntenPlatform](#) (juni 2021):

### **De kennis van zorgverleners is slechts een beetje beter dan die van niet-zorgverleners**

*Bijna alle zorgverleners weten dat een patiënt meer uit eigen zak betaalt bij een niet-geconventioneerde zorgverlener en dat een patiënt supplementen betaalt bij een opname op een eenpersoonskamer.*

*Toch is er nog heel wat verbetering mogelijk:*

- Voor 40% van de zorgverleners is de weergave van supplementen in een percentage niet duidelijk.
- 45% van de zorgverleners weet niet dat ook een niet-geconventioneerde arts geen ereloonsupplementen mag aanrekenen in een meerpersoonskamer.
- 20% van de zorgverleners weet niet dat een geconventioneerde arts wél ereloonsupplementen mag aanrekenen in een éénpersoonskamer.
- 50% van de zorgverleners weet niet wat de prijs is van dringend ziekenvervoer voor de patiënt.
- 8% van de zorgverleners denkt verkeerdelijk dat een hospitalisatieverzekering altijd alle ereloon- en kamersupplementen terugbetaalt.
- 25% van de zorgverleners kent de implicaties van een derdebetalerssysteem niet.
- 70% van de zorgverleners kent de implicatie van een verhoogde tegemoetkoming niet.

## Health literacy is een belangrijke taak van iedereen

[Sciensano geeft deze kernboodschappen rond gezondheidsvaardigheden:](#)

- Een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder (33%) heeft een laag niveau van gezondheidsvaardigheden, wat betekent dat ze niet over voldoende vaardigheden beschikken om beslissingen te nemen over hun gezondheid.
- Lagere niveaus van gezondheidsvaardigheden komen vaker voor bij vrouwen (35%) dan bij mannen (32%), en in Brussel en Wallonië (resp. 38% en 36%) dan in Vlaanderen (29%).
- Mensen met een slechte gezondheid, ouderen en lager opgeleiden hebben lagere gezondheidsvaardigheden; met andere woorden, mensen die meer behoefte hebben aan gezondheidszorg en gezondheidsbevordering, zijn degenen die het minst profiteren van dergelijke interventies.
- Het is daarom belangrijk om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te identificeren en de communicatie naar deze mensen toe aan te passen. Het is daarnaast echter ook belangrijk om de gezondheidsvaardigheden van de bevolking te verbeteren.

De basiselementen van de financiële informatie moeten zoveel mogelijk transparant en toegankelijk gemaakt worden. Lage digitale vaardigheden zijn daarbij een aandachtspunt. In de volgende hoofdstukken geven we hiervoor elementen aan.

Naast het aspect *individual' health literacy* biedt het aspect *organisational health literacy* inzicht en tools rond de interactie met de patiënt.

## Hoe ziet de optimale situatie eruit?

De ideale wereld, zoals omschreven door de ziekenhuizen in de werkgroep Info aan de patiënt:

*De patiënt is op voorhand d.w.z. voor de dag van de opname en het moment van inschrijving correct en volledig geïnformeerd over alle aspecten van de behandeling of ingreep inclusief de kosten. De kosten zijn uitgedrukt in centen en niet alleen in procenten. De patiënt ontvangt een kostenraming op maat. Er is persoonlijk contact mogelijk om vragen te stellen.*

*De patiënt engageert zich om de aangeboden informatie door te nemen. De patiënt beseft dat er bij de zorg een zekere onvoorspelbaarheid is waardoor het niet altijd mogelijk is om op voorhand de exacte financiële informatie te bezorgen.*

*Artsen zijn op de hoogte van de kosten van de meest gangbare ingrepen. De artsen en de ziekenhuismedewerkers wijzen de patiënt op mogelijke financiële implicaties en verwijzen door naar de juiste diensten voor financieel advies of ondersteuning. Kostprijs is een standaardonderdeel van gesprekken. Tijdens gesprekken is er ruimte en geen schroom om vragen te stellen. De patiënt behoudt de keuzevrijheid.*

*De factuur brengt geen verrassing voor de patiënt doordat deze overeenkomt met de kostenraming vooraf en omdat de facturatie snel gebeurt.*

*Er is een centrale voorlichtingsdienst of platform waar alle artsen, patiënten en ziekenhuismedewerkers een beroep op kunnen doen. Binnen het ziekenhuis kent iedereen de experts en informatiebronnen. De nodige tools en processen staan ter beschikking en zijn up-to-date.*

*Aangezien heel wat informatie gelijk is voor alle ziekenhuizen, is er samenwerking met de overheid, de verzekeringsinstellingen, andere ziekenhuizen, de artsen en andere belangrijke stakeholders.*

*Doorheen dit alles heerst een cultuur van informeren zodat elke betrokkene dit doet omdat het zo hoort. De zorgmedewerkers bekijken elke situatie vanuit het oogpunt van de patiënt. Zo kan je als zorgprofessional de patiënt begeleiden en adviseren in plaats van louter informeren; en doorverwijzen wanneer nodig. Correcte en proactieve informatie versterkt de vertrouwensrelatie tussen patiënt, arts en het ziekenhuis.*

*De regels van de ziekteverzekering en hospitalisatieverzekering zijn duidelijk en voldoende eenvoudig, veel minder complex dan vandaag het geval is. Bij aanpassingen aan de regels bewaakt men de transparantie en duidelijkheid ervan. Dit overstijgt het individueel ziekenhuis en het ziekenhuisnetwerk. Het beleid, de mutualiteiten en de hospitalisatieverzekeringen (aanvullende/private) streven samen naar dit doel.*



## WAT IS WETTELIJK VEREIST?

Er zijn heel wat wettelijke bepalingen die regels bevatten over het meedelen van financiële informatie aan de patiënt.

Hierna geven we een overzicht van die bepalingen, met aandacht voor recente ontwikkelingen en (mogelijk) toekomstig recht.

## Financiële infoplicht van het ziekenhuis

Om te beginnen, moet het ziekenhuis zelf een aantal financiële informatieverplichtingen in acht nemen.

### Opnameverklaring en prijslijst

[Art. 98 Ziekenhuiswet](#); [KB Opnameverklaring](#)

Bij de start van een opname moet het ziekenhuis een bundel documenten ter ondertekening voorleggen aan de patiënt (of zijn vertegenwoordiger). Die bundel bestaat uit twee documenten: **een opnameverklaring en een toelichting bij die opnameverklaring**. Voor beide documenten zijn er wettelijk vastgelegde modellen. Die verschillen naargelang het gaat om een klassieke opname of een daghospitalisatie in een algemeen ziekenhuis, of een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.<sup>1</sup>

Beide documenten hebben tot doel de patiënt te informeren over de financiële implicaties van een ziekenhuisopname. Het ziekenhuis moet de inhoud van de verklaring en de financiële implicaties **ook mondeling toelichten**. Dat doet het bij voorkeur voorafgaand aan de opname, en ten laatste op het moment van de opname.

De opnameverklaring bevat informatie over:

- het **percentage** dat de ziekenhuisartsen ten opzichte van de verbintenistarieven hanteren bij de bepaling van de **supplementen**. In de gevallen waarin dit niet bij wet is opgelegd, kan men verduidelijken dat het om maximumpercentages gaat;
- het **kamersupplement** per dag (indien van toepassing);
- het **persoonlijk aandeel van de patiënt** in de verblijfskosten en in de forfaits van geneesmiddelen, technische verstrekkingen, klinische biologie en medische beeldvorming;
- het **voorschot** dat het ziekenhuis kan vragen.

De opnameverklaring wordt **in twee exemplaren ondertekend**, waarvan een voor de ziekenhuisbeheerder en een voor de patiënt (of zijn vertegenwoordiger). Ook bij elektronische ondertekening moet de patiënt een **papieren versie** van de ondertekende opnameverklaring ontvangen. In geval van een spoedopname ondertekent de patiënt de verklaring zodra hij daar fysiek en mentaal toe in staat is (tenzij dat al is gebeurd door zijn vertegenwoordiger).

Het ziekenhuis moet een **overzichtslijst met de actuele prijzen** van de in het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten ter beschikking stellen van de patiënt. Het informeert de patiënt duidelijk en uitdrukkelijk waar de overzichtslijst in het ziekenhuis geconsulteerd kan worden. De overzichtslijst moet ook te raadplegen zijn op de website van het ziekenhuis.<sup>2</sup> Bij een opname in een psychiatrisch ziekenhuis moet aan de patiënt een lijst met de prijzen van de meest voorkomende goederen en diensten worden bezorgd.

<sup>1</sup> Voor revalidatieziekenhuizen geldt specifieke Vlaamse regelgeving, die eveneens een opnameverklaring en een toelichtend document vereist. Zie art. 534/41 [Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming](#).

<sup>2</sup> Algemene toevoeging: in art. 30/2 [Ziekenhuiswet](#) staat te lezen welke minimale informatie er op de website van een ziekenhuis beschikbaar moet zijn.

De overzichtslijst maakt een onderscheid tussen de kosten verbonden aan het comfort van de kamer, de kosten voor eten en drinken, die voor hygiënische producten, voor de was, voor de begeleider van de patiënt en de kosten voor andere diverse goederen en diensten. Als er een forfaitair bedrag is toegepast om het gebruik van bepaalde goederen en diensten te dekken, dan moeten die goederen en diensten ook gespecificeerd worden.

Art. 120, §1, 5° [Ziekenhuiswet](#)

De niet-naleving van bovenstaande verplichtingen kan grote gevolgen hebben voor het ziekenhuis. Het respecteren van de informatieverplichtingen kan namelijk een voorwaarde zijn om het (volledige) **budget van financiële middelen** te ontvangen.

### **(De)conventiestatus artsen**

Art. 50, §3bis [GVU-wet](#)

Als het ziekenhuis de patiënt niet **voorafgaandelijk en uitdrukkelijk** heeft geïnformeerd over **het al dan niet geconventioneerd zijn** van de er werkzame artsen, worden de tarieven beperkt tot de maximumhonoraria. Dat zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven voor verstrekkingen verleend in het kader van raadplegingen in een ziekenhuis (= conventietarieven).

Uit de rechtspraak blijkt alvast dat **een vermelding op de website of het geven van een brochure met daarin een verwijzing naar de beschikbaarheid van deze informatie aan de balie, niet volstaat** om aan de informatieplicht te voldoen.<sup>1</sup> Het is dus aangewezen om elke patiënt individueel te informeren; het is niet de bedoeling dat de patiënt zelf nog een specifieke handeling moet uitvoeren om kennis te nemen van de informatie. Het moet duidelijk zijn dat er meer zal worden aangerekend dan het conventietarief, en men voegt er best ook aan toe over hoeveel meer het exact gaat.

### **Toezicht op naleving Wet Patiëntenrechten**

Art. 30 [Ziekenhuiswet](#)

De Wet Patiëntenrechten legt in principe enkel (informatie)verplichtingen op aan beroepsbeoefenaars. Toch draagt het ziekenhuis ook een zekere verantwoordelijkheid: het moet namelijk **waken over de naleving van de Wet Patiëntenrechten** binnen de ziekenhuismuren, ook door beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn.

Volgens het Hof van Cassatie ligt de **verplichting tot financiële informatieverstrekking**, zoals vastgelegd in de Wet Patiëntenrechten, zelfs **volledig bij het ziekenhuis**.<sup>2</sup> Daaruit blijkt in ieder geval dat de informatieverplichtingen van het ziekenhuis en de beroepsbeoefenaar **sterk samenhangen en dus best onderling worden afgestemd**.

1, 2 Cass. 6 september 2021, AR C.20.0383.N; Vred. Antwerpen 13 oktober 2017, onuitg.

Bovendien heeft de patiënt het recht om van het ziekenhuis informatie te ontvangen over **de aard van de rechtsverhoudingen** tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars. Het meedelen van die informatie heeft belangrijke implicaties voor eventuele aansprakelijkheidsbetwistingen, want het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars op het vlak van de eerbiediging van de rechten van de patiënt. Dat geldt echter niet als het ziekenhuis de patiënt, in het kader van voornoemde informatieverstrekking, duidelijk en voorafgaandelijk aan de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar heeft gemeld dat het er niet aansprakelijk voor is, gelet op de aard van de rechtsverhoudingen.

### **Informatieplicht als onderneming**

Art. VI.2 & VI.3 [Wetboek Economisch Recht](#)

Het ziekenhuis is een onderneming en heeft dus ook **informatieplichten die voortvloeien uit Boek VI van het WER**. Zo is het ziekenhuis onder meer verplicht om de patiënt in te lichten over de prijs van het product en de diensten. Bovendien moet die prijs op een schriftelijke, ondubbelzinnige, leesbare en goed zichtbare manier aangeduid zijn.

Hoewel dit niet noodzakelijk veel toevoegt aan bovenstaande verplichtingen, bevestigt het wel het belang van het informeren van de patiënt.

Art. VI.83 [Wetboek Economisch Recht](#)

Als onderneming is het ziekenhuis ook onderworpen aan de wetgeving over **onrechtmatige bedingen**. Dit houdt bijvoorbeeld in dat het ziekenhuis geen schadebeding wegens laattijdige betaling van de ziekenhuisfactuur mag opnemen in de opnameverklaring, zonder in een gelijkaardig schadebeding te voorzien voor een tekortkoming van het ziekenhuis (art. VI.83, 17° WER).

Art. XV.69 e.v. [Wetboek Economisch Recht](#)

Het WER voorziet specifieke **sancties** voor inbreuken op de bepalingen van het wetboek. Die zijn terug te vinden in art. XV.69 WER e.v.

## Financiële infoplicht van de beroepsbeoefenaar

Naast de financiële infoplicht van het ziekenhuis rusten er ook heel wat financiële informatieverplichtingen op de beroepsbeoefenaar. Het kan hierbij gaan om algemene verplichtingen die de beroepsbeoefenaar in elk geval moet naleven, of om verplichtingen in specifieke gevallen, waarbij concrete regels van toepassing zijn.

### Algemene verplichtingen

De financiële informatieplicht van de beroepsbeoefenaar volgt uit een verscheidenheid aan wetsbepalingen, waaronder:

- art. 8, §2 [Wet Patiëntenrechten](#);
- art. 5.71 & art. 5.73 [Nieuw BW](#): uitvoering te goeder trouw van de geneeskundige behandelingsovereenkomst;
- art. 1382 [Oud BW](#): vertrouwensrelatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt;
- art. VI.2 & art. VI.3 [WER](#): de beoefenaar van een vrij beroep moet, net zoals het ziekenhuis, informeren over de totale prijs van het product en de diensten, en moet ervoor zorgen dat de prijs schriftelijk, ondubbelzinnig, leesbaar en goed zichtbaar is aangegeven;
- art. 73, §1 [GVU-wet](#);

Hieronder gaan we in op de **inhoudelijke verplichtingen** die uit deze wetsbepalingen voortvloeien. De algemene beginselen van uitvoering te goeder trouw en de vertrouwensrelatie hernemen we niet, omdat die voor de duiding van de financiële infoplicht niet noodzakelijk een toegevoegde waarde hebben.

### a) (De)conventiestatus

Art. 8, §2 [Wet Patiëntenrechten](#); [KB opnameverklaring](#)

De beroepsbeoefenaar moet de patiënt informeren over de financiële gevolgen van de tussenkost. Dat houdt onder meer in dat de arts de patiënt moet meedelen of hij **al dan niet geconventioneerd is** en dus of hij **al dan niet werkzaam is tegen verbintnistarief**.

In de ziekenhuiscontext kan de (wettelijk vastgelegde) **opnameverklaring** deze verplichting vervullen. De patiënt kan daarin namelijk aanduiden of hij al dan niet verzorgd wil worden tegen verbintnistarief, met daarbij de vermelding dat dat de vrije artskeuze kan beperken.

Zoals hierboven voor het ziekenhuis is verduidelijkt, **volstaat het niet** om deze informatie op de website uiteen te zetten of de vindplaats ervan (bv. balie/website) in een brochure op te nemen.

Art. 73, §1 & art. 168 [GVU-wet](#)

In de Gvu-wet is uitdrukkelijk opgenomen dat beroepsbeoefenaars verplicht zijn om patiënten duidelijk te informeren over **hun toetreding of hun weigering van toetreding tot de akkoorden of overeenkomsten** die op hen betrekking hebben. Ze zijn ook verplicht om patiënten duidelijk op de hoogte te brengen over de dagen en uren waarvoor ze niet zijn toegetreden tot de akkoorden of overeenkomsten.

Tot voor kort stond in de wet dat die informatie op z'n minst op een duidelijke en leesbare manier geafficheerd moest worden. Sinds 1 maart 2024<sup>1</sup> werd deze verplichting aangescherpt en zijn de volgende beroepsbeoefenaars wettelijk verplicht om **de tarieven van hun meest gangbare vergoedbare verstrekkingen te afficheren (voor zover het om ambulante verstrekkingen gaat)**:

- [Apothekers](#)
- [Audiciens](#)
- [Bandagisten](#)
- [Kinesitherapeuten](#)
- [Logopedisten](#)
- [Opticiens](#)
- [Orthopedisten](#)
- [Tandartsen](#)
  - Algemene tandartsen
  - Tandartsen gespecialiseerd in orthodontie (orthodontisten)
  - Tandartsen gespecialiseerd in parodontologie (parodontologen)
- [Vroedvrouwen](#)
- [Verpleegkundigen](#)

Voor artsen geldt de aangescherpte affichageverplichting **voorlopig** nog niet, omdat de affiches nog niet zijn uitgewerkt.

Wat die affichageplicht precies inhoudt en hoe deze moet worden toegepast in ziekenhuizen, kunt u lezen in deze [info voor leden](#). Kort samengevat:

- De verplichting geldt **enkel voor ambulante prestaties** die binnen de ziekenhuismuren worden verleend<sup>2</sup>.
- De modelaffiches, opgemaakt door het RIZIV, moeten worden uitgehangen op de plaats waar de beroepsbeoefenaar de patiënt ontvangt. Ze moeten **zichtbaar en leesbaar** zijn.

Opnieuw moeten we hierbij in het achterhoofd houden dat we van **de patiënt geen eigen inspanning** mogen verwachten om de informatie te raadplegen. Het is de bedoeling dat elke individuele patiënt uitdrukkelijk geïnformeerd wordt over de (de)conventiestatus van de betrokken beroepsbeoefenaar. De invoering van deze sectorspecifieke affichageverplichting ging gepaard met de explicitering dat, wanneer voornoemde beroepsbeoefenaars de patiënten niet **vooraf geïnformeerd** hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden of overeenkomsten zijn toegetreden, enkel de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven (= conventietarieven) de maximumhonoraria zijn die kunnen worden aangerekend voor de verleende verstrekking. Aan deze verplichting is ook een administratieve sanctie verbonden: een beroepsbeoefenaar die de informatieverplichting niet naleeft, riskeert een **administratieve geldboete** van 125 euro.

<sup>1</sup> Deze aangescherpte affichageplicht werd ingeschreven via een [wet van 27 oktober 2021](#). De datum van inwerkingtreding van deze wet werd per sector afhankelijk gemaakt van de publicatie van het eerste affichemodel in het Belgisch Staatsblad. Voor de opgesomde sectoren gebeurde de publicatie in het BS op 1 maart 2024.

<sup>2</sup> De verplichting berust op de individuele beroepsbeoefenaar binnen een bepaalde sector, die verstrekkingen attesteert die niet onder de verplichte centrale inning vallen. Enkel bij ambulante prestaties is er geen wettelijke verplichting tot centrale facturatie. Dit blijkt uit een samenlezing van de volgende normen: art. 147, 148 en 156 [Ziekenhuiswet](#); [KB houdende uitvoering van artikel 141 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde patiënten](#); art. 6 [KB tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling](#). De verplichting tot centrale inning geldt wel voor de prestaties die worden verleend aan in het (dag)ziekenhuis opgenomen patiënten. Voor dergelijke prestaties zijn al andere maatregelen van toepassing om de tarieven duidelijk te maken aan de patiënten (bv. de opnameverklaring).



## b) Honorarium, remgelden, supplementen, terugbetaling

### Art. 8, §2 [Wet Patiëntenrechten](#)

Dat de beroepsbeoefenaar de patiënt moet inlichten over de financiële gevolgen van zijn tussenkomst, impliceert bovendien dat hij informatie moet geven over de **totale kost van zijn tussenkomst, met inbegrip van de honoraria, de remgelden en de supplementen** die de patiënt moet dragen.<sup>1</sup>

De verplichting om informatie te verstrekken over deze aspecten moet wel wat **geuanceerd** worden:

- Van een arts kan niet worden verwacht dat hij de terugbetalingsvoorwaarden van alle medische handelingen of van alle geneesmiddelen tot in de puntjes kent.<sup>2</sup>
- Wat wél kan worden verwacht, is dat de arts de patiënt meedeelt of een bepaald geneesmiddel **al dan niet voor terugbetaling in aanmerking komt**.
- De arts moet de patiënt ook wijzen op de te doorlopen **procedure** voor de terugbetaling van een geneesmiddel (bijvoorbeeld voorafgaand advies van de adviserend arts van het ziekenfonds). Voor nauwkeurigere informatie over de terugbetaling verwijst de arts de patiënt best door naar het ziekenfonds.<sup>3</sup>
- Voor ingrepen of behandelingen is een nauwkeurige prijsopgave niet altijd mogelijk. Om in dergelijke gevallen toch tegemoet te komen aan het recht op informatie van de patiënt, zal een arts de patiënt een **algemeen beeld van de kostprijs** moeten geven, zonder in detail te treden. Dat kan bijvoorbeeld door een minimum- en maximumprijs te vermelden. Het is raadzaam om de patiënt ervoor te behoeden dat de uiteindelijke kostprijs van een behandeling wel altijd hoger kan uitvallen door onvoorziene factoren.<sup>4</sup>

De informatieplicht is des te relevanter als de ziekteverzekering een medische tussenkomst **niet of slechts zeer beperkt terugbetaalt**, want dat kan voor de patiënt een reden zijn om de medische ingreep te weigeren.

De terugbetaling door de ziekteverzekering kan ook afhankelijk zijn van een **gunstig advies van de adviserend arts van het ziekenfonds**. In dat geval moet de beroepsbeoefenaar de patiënt daarvan op de hoogte brengen.

- Als de ingreep niet dringend is, dan moet de arts wachten tot het advies is verkregen.
- Als de arts de niet-dringende ingreep toch uitvoert zonder het nodige advies af te wachten, dan is de patiënt geen ereloon voor die ingreep verschuldigd.<sup>5</sup>

1 Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 26; Verslag (M. Gilkinet en H. Brouns) over het wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 50-1642/012, 79.

2 [Jaarverslag 2007 van de Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt"](#), 56.

3 T. Vansweevelt en S. Tack, "Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming" in T. Vansweevelt en F. Dewallens (eds.), *Handboek gezondheidsrecht. Volume II. Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Brussel, Lefebvre Sarrut, 2022, (361) 409.

4 *Ibid.*, 410.

5 Vred. Gent 14 juli 2008, T.Vred. 2012, 248.

### Recent gewijzigd recht

De herziene Wet Patiëntenrechten plaatst het recht op informatie van de patiënt (nog) meer op de voorgrond. Om het **principe van informatieverstrekking te versterken**, werd het oude art. 8 Wet Patiëntenrechten vervangen en uitgewerkt in 4 artikelen.

Voor het financiële luik is vooral het nieuwe art. 8, §2, 3<sup>de</sup> lid relevant: "Overeenkomstig het eerste lid, informeert de gezondheidszorgbeoefenaar de patiënt over de **financiële gevolgen van de tussenkomst** onverminderd artikel 73, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen."

De toevoeging van dit derde lid heeft tot doel om de conclusie uit het cassatiearrest van 6 september 2021<sup>1</sup> over deze infoplicht wettelijk te verankeren. Het Hof van Cassatie verklaarde in dat arrest dat een ziekenhuis ertoe gehouden is om, voorafgaand aan de tussenkomst van een ziekenhuisarts, **uit eigen beweging** informatie te verstrekken aan de patiënt over het al dan niet geconventioneerde statuut van de arts en **de financiële gevolgen van diens tussenkomst**. Er mag van de patiënt geen specifiek optreden vereist zijn om kennis te nemen van die informatie. De invoeging van een afzonderlijk lid zet dus het recht van de patiënt op financiële informatie, via een **actieve informatieverplichting voor de beroepsbeoefenaar**, extra in de verf.

De nieuwe Wet Patiëntenrechten werd gepubliceerd op 23 februari 2024 en is in werking getreden op 4 maart 2024.

## c) Verzekeringsdekking of andere vorm van beroepsaansprakelijkheidsbescherming

### Art. 6, §3 [Wet Patiëntenrechten](#)

De beroepsbeoefenaar moet de patiënt laten weten of hij al dan niet beschikt over een **verzekeringsdekking** of een andere individuele of collectieve vorm van **bescherming met betrekking tot de beroepsaansprakelijkheid**.

## d) Timing & wijze van de informatieverstrekking

### Timing: art. 8, §1 en §2 [Wet Patiëntenrechten](#)

De patiënt moet **voorafgaand aan elke tussenkomst** ingelicht worden over de financiële gevolgen ervan en moet er zijn toestemming voor hebben gegeven.

Maar in de praktijk is het **niet redelijk** om van een beroepsbeoefenaar te verwachten om voor elke tussenkomst een correcte inschatting van de kosten te maken. Een arts hoeft niet voor alle afzonderlijke aspecten van een tussenkomst een gedetailleerde prijsaanduiding te voorzien.<sup>2</sup> Dat zou een veel te grote belemmering zijn voor de vlotte uitoefening van de geneeskunde.

Het volstaat dan ook om de patiënt een **algemeen beeld te geven van de kostprijs**, eventueel met vermelding van een minimum- en maximumprijs.

1 Cass. 6 september 2021, AR C.20.0383.N.

2 Vred. Bastenaken-Neufchâteau, 11 juni 2010, T.Vred. 2012, 250, noot; bevestigd door het Hof van Cassatie in Cass. 19 december 2011, T.Ge. 2012-13, 381, noot T. Vansweevelt.

**Wijze:** art. 7, §2 en art. 8, §2 [Wet Patiëntenrechten](#)

De informatie moet **helder en begrijpelijk** zijn voor de patiënt. Dat impliceert dat de informatie moet worden gegeven op een manier die is aangepast aan de individuele patiënt.<sup>1</sup>

#### Recent gewijzigd recht

De herziene Wet Patiëntenrechten scherpt de wijze van informatieverstrekking nog wat aan: het nieuwe art. 7, §2 Wet Patiëntenrechten neemt uitdrukkelijk op dat de informatie moet worden verstrekt **op maat van de patiënt**.

De MvT bij het wetsontwerp verduidelijkt dat dit betekent dat de informatie moet worden afgestemd:

- op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- en op de gezondheidsgeletterdheid van de patiënt.

De nieuwe wet bepaalt ook dat de beroepsbeoefenaar de informatie bijkomend schriftelijk (op papier of elektronisch) kan geven als hij dit voor de patiënt pertinent acht. Tot nu toe kon dit enkel op verzoek van de patiënt.

### **e) Informatieplicht als onderneming**

Art. VI.2 & VI.3 [Wetboek Economisch Recht](#)

Als beoefenaar van een vrij beroep, moet de beroepsbeoefenaar zich ook houden aan de **informatieplichten die voortvloeien uit Boek VI van het WER:**

- Hij moet de patiënt inlichten over de prijs van het product en de diensten;
- Die prijs moet op een schriftelijke, ondubbelzinnige, leesbare en goed zichtbare manier worden aangeduid.

Hoewel dit niet noodzakelijk veel toevoegt aan voornoemde verplichtingen voor ziekenhuizen en artsen, bevestigt het wel het belang van het informeren van de patiënt.

Art. XV.69 e.v. [Wetboek Economisch Recht](#)

Het WER voorziet specifieke **sancties** voor inbreuken op de bepalingen van het wetboek. Die zijn terug te vinden in art. XV.69 WER e.v.

### **f) Financiële transparantie: uitreiking van een bewijsstuk aan de patiënt**

Art. 53, §1/2 [GVU-wet](#)

De beroepsbeoefenaar is in bepaalde gevallen wettelijk verplicht om een **bewijsstuk** uit te reiken aan de patiënt.

Informatie over de **situaties waarin deze verplichting geldt** en over de **verplichte vermeldingen** die het bewijsstuk moet bevatten, vindt u op de [website van het RIZIV](#).

Bij niet-naleving van deze verplichting riskeert de beroepsbeoefenaar een **administratieve geldboete** van 50 euro te vermenigvuldigen met het aantal betrokken sociaal verzekerden, met een maximum van 5 000 euro (art. 73bis, 7° & art. 142, §1, 7° GVU-wet).

#### Toekomstig recht

Een [kaderwet van 18 mei 2022](#) voegde aan art. 53, §1/2 GVU-wet een nieuw lid toe: “De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, voor de door Hem bepaalde verstrekkingen voorzien dat **bij de vermelding van supplementen op het bewijsstuk** of enig daarmee gelijkgestelde factuur, ook de verdeling, de wijze van verdeling en de bestemming van deze supplementen wordt vermeld.”

Voorlopig is er nog geen KB dat uitvoering geeft aan deze bepaling.

### **Verplichtingen in specifieke gevallen**

Naast de hierboven vermelde algemene verplichtingen, die hoe dan ook moeten worden nageleefd, gelden er in bepaalde gevallen ook specifieke informatieplichten voor de beroepsbeoefenaar. Hieronder volgt een overzicht van de specifieke gevallen die aanleiding geven tot een welbepaalde infoplicht.

#### **a) Ambulante zware medische beeldvorming**

Art. 152/1 [Ziekenhuiswet](#)

Sinds 4 december 2023 geldt er een **verbod op het aanrekenen van supplementen voor ambulante zware medische beeldvorming tijdens de gewone werkuren**. Het verbod betreft ambulante onderzoeken en is dus van toepassing bij onderzoeken op **niet-gehospitaliseerde patiënten**. Meer informatie over het verbod kunt u terugvinden in [deze info voor leden](#).

Dit verbod heeft ook gevolgen voor de financiële informatieplicht van de beroepsbeoefenaar. Er kunnen namelijk wél supplementen worden aangerekend als de verstrekkingen **op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt buiten de gewone werkuren** plaatsvinden, dus tussen 18u en 8u of op zaterdag, zondag en feestdagen. De ziekenhuisarts moet de patiënt wel **voorafgaandelijk inlichten over de financiële gevolgen**. De toestemming van de patiënt moet ook **voorafgaand aan het onderzoek schriftelijk worden vastgelegd** in een ondertekend document, waarvan de patiënt en het ziekenhuis een exemplaar ontvangen.

Maar ook hierop bestaat een uitzondering: in **geen enkel geval** kunnen supplementen worden aangerekend als de arts die de verstrekking voorschrijft uitdrukkelijk vermeldt dat er sprake is van een **dringende medische noodzaak**.

<sup>1</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 20.

## Recente ontwikkelingen

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) en de Belgian Society of Radiology (BSR) hebben bij het Grondwettelijk Hof een verzoekschrift ingediend tot [schorsing en vernietiging van deze 'supplementenwet'](#). Ze stellen dat minister Vandenbroucke met zijn wettelijk verbod eenzijdig de conventie schendt die artsen en ziekenfondsen hebben gesloten.

### b) Ambulante klinische biologie

Op 10 juli 2023 keurde het Verzekeringscomité van het RIZIV een pakket van maatregelen rond klinische biologie goed (zie [deze info voor leden](#)). Een daarvan gaat over de **bescherming van de patiënt tegen supplementen bij ambulante klinische biologie**. Om dat te doen werden intussen wijzigingen aan twee KB's doorgevoerd.

Die wijzigingen ter bescherming van de patiënt worden noodzakelijk geacht, door de daling van de honoraria voor klinische biologie met 15%, [een maatregel die vanaf 1 januari 2024 wordt toegepast](#). Men wil met name vermijden dat die financiële aanpassing zou leiden tot een verhoging van de kosten voor de patiënt.

#### Beschermingsmaatregel 1

Art. 4bis [KB nr. 143 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie](#)

Deze bepaling werd aangevuld met twee leden, om het aanrekenen van supplementen in de vorm van **administratieve of andere kosten** tegen te gaan. De toevoeging werd noodzakelijk geacht, omdat het dikwijls het labo is dat deze kosten aanrekenen en ze niet aan de individuele zorgverleners toewijsbaar zijn.

- Het 6<sup>de</sup> lid luidt nu als volgt: *“Onverminderd de toepassing van wettelijke bepalingen die honoriasupplementen mogelijk maken, kan voor de verstrekkingen die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging **buiten de vastgestelde honoraria geen enkel ander bedrag ten laste van de rechthebbende worden gelegd, onder welke vorm ook.**”*
- Het nieuwe 7<sup>de</sup> lid bepaalt dat de verstrekkingen die normaal terugbetaalbaar zijn, maar niet terugbetaald worden omdat niet aan de voorwaarden is voldaan, **aan patiënten mogen worden aangerekend zonder het honorarium te overschrijden dat in de nomenclatuur is voorzien**.

#### Beschermingsmaatregel 2

Art. 3 [KB tot uitvoering van het artikel 73, §1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica](#)

Op basis van deze nieuwe bepaling zal het aanrekenen van **ereloonsupplementen** enkel nog mogelijk zijn met een **schriftelijke informed consent** van de patiënt:

“Onverminderd andersluidende wettelijke bepalingen mogen de supplementen bedoeld in artikel 1 enkel worden toegepast wanneer de voorschrijver voor de uitvoering van de in artikel 1 bedoelde verstrekkingen beroep doet op een laboratorium dat voorkomt op de in artikel 5 bedoelde lijst en hiertoe de **uitdrukkelijke en schriftelijke toestemming van de patiënt** **bekomt na deze over de financiële gevolgen te hebben geïnformeerd**. De toestemming van de patiënt wordt **op het voorschrift vermeld**.”

### c) Ambulante zorg aan patiënten met verhoogde tegemoetkoming

De [wet houdende diverse bepalingen van 29 november 2022](#) stelde een algemeen **verbod in op het aanrekenen van ereloonsupplementen aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming bij het verstrekken van ambulante zorg**. De modaliteiten van inwerkingtreding zouden wel pas op een later moment worden bepaald.

Op 20 december 2023 keurde de Algemene Raad van het RIZIV de overeenkomst artsen-verzekeringsinstellingen 2024-2025 goed.<sup>1</sup> Daarin werd ook een akkoord bereikt over het aangekondigde verbod op ereloonsupplementen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Het verbod komt er in fases:

- **Vanaf 1 januari 2025** treedt het verbod in werking voor een deel van deze categorie van patiënten, namelijk de patiënten **die automatisch recht hebben op verhoogde tegemoetkoming**.
- De patiënten voor wie het recht op verhoogde tegemoetkoming afhangt van een **inkomensonderzoek**, zijn **vanaf 1 januari 2026** aan de beurt.

### d) Esthetische geneeskunde

Art. 18 [Wet esthetische geneeskunde](#)

Zoals vermeld, zijn er ingrepen die de ziekteverzekering niet terugbetaalt. Dat is onder meer het geval wanneer een ingreep een louter esthetisch doel heeft.<sup>2</sup>

De wetgever heeft een specifieke, financiële informatieverplichting voorzien die voorafgaand aan elke esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingreep moet worden nageleefd. De beroepsbeoefenaar moet de patiënt (en, in voorkomend geval, zijn wettelijke vertegenwoordiger(s)) een **gedetailleerde raming van de kosten** bezorgen als het bedrag van de met de geplande ingreep verbonden kosten **meer dan 1.000 euro** zou zijn. Als het om een **esthetisch-heelkundige ingreep** gaat, dan moet de beroepsbeoefenaar deze informatie aan de patiënt verstrekken tijdens een voorafgaande raadpleging.

De financiële informatie moet, samen met nog een aantal andere inlichtingen, in een **schriftelijk verslag** worden opgenomen. Dat verslag moet worden **gedateerd** en de patiënt (of, in voorkomend geval, zijn wettelijke vertegenwoordiger(s)) en de betrokken beroepsbeoefenaar(s) moeten dit **ondertekenen**. Het maakt deel uit van het medisch dossier van de patiënt.

<sup>1</sup> Meer info over het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025 is terug te vinden in [deze info voor leden](#).

<sup>2</sup> Art. 34, 2<sup>de</sup> lid [GVU-wet](#).

- Bij een **esthetisch-heelkundige ingreep** moet er een termijn van minstens 15 dagen worden gerespecteerd tussen de ondertekening van het verslag en de geplande ingreep (art. 20, 1<sup>ste</sup> lid Wet esthetische geneeskunde).
- In die periode mag de beroepsbeoefenaar voor die ingreep geen enkele tegenprestatie of financieel engagement vragen of ontvangen, behalve de erelonen voor de raadplegingen die aan de ingreep voorafgaan (art. 20, 2<sup>de</sup> lid Wet esthetische geneeskunde).

Bij niet-naleving van de informatieplicht riskeert de beroepsbeoefenaar een **gevangenisstraf** van acht dagen tot zes maanden en een **geldboete** van tweehonderdvijftig euro tot vijfduizend euro, of een van die straffen alleen (art. 22 Wet esthetische geneeskunde).

## Samenvattend overzicht en wisselwerking

Wat hiervoor aan bod kwam, maakt duidelijk dat er zowel op het ziekenhuis als op de beroepsbeoefenaar heel wat financiële informatieverplichtingen rusten. In het algemeen moeten we altijd het volgende in het achterhoofd houden:

- De financiële informatie moet altijd **voorafgaand aan de tussenkomst van een arts** worden meegedeeld;
- Het ziekenhuis en de beroepsbeoefenaar moeten de informatie **uit eigen beweging** geven (actieve infoplicht).
- De info moet **duidelijk en begrijpelijk** geformuleerd zijn, **op maat van de individuele patiënt**.

Hierna geven we een schematisch overzicht van de opgesomde verplichtingen. Dit overzicht moet natuurlijk altijd samen worden gelezen met bovenstaande tekst.

Het schematisch weergeven van de verplichtingen, accentueert ook de **eventuele wisselwerking of samenhang tussen deze wettelijke verplichtingen**. Het overzicht maakt het mogelijk om de verplichtingen van het ziekenhuis en de beroepsbeoefenaar **naast elkaar te leggen en op elkaar af te stemmen**. In verschillende gevallen gaat het namelijk om een gedeelde verantwoordelijkheid.

| Verplichting                           | Ziekenhuis   | Beroepsbeoefenaar | Juridische grondslag   |
|--|--|-------------------|--|
| <b>Opnameverklaring</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij de start van een opname</li> <li>• Wettelijk vastgelegde modellen</li> <li>• Ook mondeling toelichten</li> <li>• 2 exemplaren te ondertekenen</li> <li>• Altijd papieren versie voor patiënt</li> </ul> |                   | Art. 98 <a href="#">Ziekenhuiswet</a><br><a href="#">KB opnameverklaring</a> |
| <b>Overzichtslijst actuele prijzen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt informeren waar lijst kan worden geraadpleegd</li> <li>• Ook op website</li> </ul>  |                   | Art. 98 <a href="#">Ziekenhuiswet</a><br><a href="#">KB opnameverklaring</a> |

| Verplichting                                  | Ziekenhuis  | Beroepsbeoefenaar  | Juridische grondslag  |
|---|---|--|---|
| <b>(De)conventiestatus beroepsbeoefenaars</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorafgaandelijk en uitdrukkelijk</li> <li>• Niet de bedoeling dat patiënt zelf nog handeling moet stellen om kennis te nemen van deze info → vermelding op website / verwijzing naar balie in brochure volstaat niet</li> </ul> |  | Art. 50, §3bis <a href="#">GVU-wet</a><br><br>Cassatierechtspraak   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem: actieve infoplicht; geen actie vereist door patiënt zelf</li> <li>• Sectorspecifieke affichageverplichting voor ambulante prestaties; modelaffiche moet zichtbaar en leesbaar zijn</li> <li>• Kan voor opnames in dagziekenhuis en klassieke hospitalisatie worden georganiseerd op gecentraliseerde manier; via opnameverklaring</li> </ul>  | Art. 8, §2 <a href="#">Wet Patiëntenrechten</a><br><br><a href="#">KB opnameverklaring</a><br><br>Art. 73, §1 & art. 168 <a href="#">GVU-wet</a><br><br>Cassatierechtspraak |
| <b>Financiële gevolgen van de tussenkomst</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toezicht op naleving Wet Patiëntenrechten</li> <li>• Cassatie: ziekenhuis heeft volwaardige informatieplicht m.b.t. financiële implicaties</li> <li>• Zie ook infoplicht als onderneming</li> </ul>                              |  | Art. 30 <a href="#">Ziekenhuiswet</a><br><br>Cassatierechtspraak<br><br>Zie ook art. VI.2 & VI.3 <a href="#">Wetboek Economisch Recht</a>                                   |
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie over de totale kost van de tussenkomst, incl. honoraria, remgelden en supplementen</li> <li>• Voorafgaand aan elke tussenkomst</li> <li>• Nuancering: nauwkeurige prijsopgave niet altijd mogelijk → voor geneesmiddelen: aan- of afwezigheid van terugbetaling → voor ingrepen of behandelingen: algemeen beeld van kostprijs</li> <li>• Opnieuw: actieve infoplicht</li> <li>• Zie ook infoplicht als onderneming</li> </ul> | Art. 8, §2 <a href="#">Wet Patiëntenrechten</a><br><br>Cassatierechtspraak<br><br>Zie ook art. VI.2 & VI.3 <a href="#">Wetboek Economisch Recht</a>                         |



| Verplichting                         | Ziekenhuis  | Beroepsbeoefenaar   | Juridische grondslag                                |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Verzekeringsdekking / bescherming BA |   | Patiënt informeren  | Art. 6, §3 <a href="#">Wet Patiëntenrechten</a>     |
|                                      | Eraan gelinkt: patiënt informeren over de aard van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars (= van belang voor betwistingen i.v.m. aansprakelijkheid) |   | Art. 30 <a href="#">Ziekenhuiswet</a>               |
| Uitreiking bewijsstuk                |   | · In bepaalde gevallen wettelijk verplicht<br>· Verplichte vermeldingen   | Art. 53, §1/2 <a href="#">GVU-wet</a>               |
| Gedetailleerde raming van de kosten  |   | · Voorafgaand aan elke esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingreep als de kosten op meer dan €1.000 worden geraamd<br>· Opnemen in schriftelijk verslag; te dateren en te ondertekenen door patiënt + beroepsbeoefenaar<br>· Bij esthetisch-heelkundige ingreep: termijn van min. 15 dagen tussen ondertekening verslag & ingreep | Art. 18 <a href="#">Wet esthetische geneeskunde</a> |

| Verplichting                           | Ziekenhuis   | Beroepsbeoefenaar   | Juridische grondslag   |
|--|--|---|--|
| Verbod op aanrekening van supplementen | Alle noodzakelijke maatregelen nemen om naleving te waarborgen | [1] Zware ambulante medische beeldvorming:<br>· Verbod tijdens de gewone werkuren + altijd in geval van een dringende medische noodzaak<br>· Wel nog mogelijk op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt buiten de gewone werkuren, mits voorafgaande inlichting over financiële gevolgen + voorafgaande schriftelijke toestemming | Art. 152/1 <a href="#">Ziekenhuiswet</a>   |
|  |  | [2] Ambulante klinische biologie:<br>· Verbod op aanrekening van administratieve of andere kosten<br>· Aanrekening van ereloonsupplementen enkel nog mogelijk met schriftelijke <i>informed consent</i> van de patiënt  | Art. 4bis <a href="#">KB nr. 143</a><br><br>Art. 3 <a href="#">KB tot uitvoering van art. 73, § 1/1 GVU-wet</a>  |
|  |  | [3] Ambulante zorg aan patiënten met VT:<br>· Vanaf 01/01/2025: verbod van toepassing op patiënten die automatisch recht hebben op VT<br>· Vanaf 01/01/2026: patiënten met recht op VT n.a.v. inkomensonderzoek   | Toekomstig art. 53, §5 <a href="#">GVU-wet</a> (zie <a href="#">wet diverse bepalingen</a> )<br><br>Overeenkomst artsen-verzekeringinstellingen 2024-2025<br><br>KB toepassing verbod ereloonsupplementen ambulante VT |

## HOE VERTALEN WE DE INFO NAAR DE PATIËNT IN PRAKTIJK?

Er bestaan al heel wat goede praktijken en interessante initiatieven om patiënten te informeren. Ook is er overal de mogelijkheid om vragen te stellen. Hier gaan ziekenhuizen al dagelijks mee aan de slag. Hoe leid je de patiënt echter naar al deze beschikbare informatie toe? Hoe kan je nagaan of de patiënt die info ook begrijpt en aanvaardt? Hoe voorkom je verrassingen bij de factuur? Hoe kan je vermijden dat het tot discussies of juridische procedures komt?

Veel informatie is beschikbaar op initiatief van de patiënt zelf, bijvoorbeeld zelf naar de website surfen, zelf telefonisch of per mail contact opnemen bij vragen. Dat is echter niet voldoende voor de wet. Toch niet voor de informatie of de arts geconventioneerd is of niet, en welke financiële gevolgen dat heeft. Hierbij mag van de patiënt geen specifiek optreden worden vereist om kennis te nemen van die informatie. Niet elke patiënt is even goed in staat om de weg te vinden naar bijvoorbeeld de website.

Soms wordt er ook meer verwacht van patiënten dan zij zelf aankunnen. We mogen niet uit het oog verliezen dat een consult/opname in het ziekenhuis voor een patiënt soms angstaanjagend, stresserend, indrukwekkend... is. Wat is de mentale en emotionele capaciteit van de patiënt op welk moment? De context waarin info wordt gegeven speelt hierin een grote rol.

Ook in interne processen zijn er mogelijkheden om de kwaliteit van informatieverstrekking te optimaliseren. Wat kan op financieel-administratief en IT-vlak om te automatiseren, om de info ook intern te delen en duidelijk op te volgen? Veel verschillende diensten zijn hierbij betrokken. Hoe staat het met de kennis van de medewerkers, de artsen en andere zorgverleners? Zijn zij goed op de hoogte en voelen ze zich er genoeg mee vertrouwd om die complexe info op een heldere manier met patiënten te bespreken?

De werkgroep Info aan de patiënt dacht grondig na om de lat nog hoger te leggen. De ziekenhuizen benadrukken het belang om te blijven uitwisselen en elkaar te inspireren. Zijn er innovatieve ideeën waar de ziekenhuizen, eventueel gezamenlijk, mee aan de slag willen?



## De patiënt proactief informeren

- Snelle toegang tot de **basiselementen** van de financiële informatie: de conventiestatus en raadplegingstarieven van de artsen, de kost van een opname en de opnameverklaring, de kosten van onderzoeken en ambulante behandelingen - inclusief de kostprijs van mogelijke alternatieven, de patiëntenfactuur.
- **3x transparantie:**
  - vooraf informeren
  - tijdens behandeling als iets wijzigt
  - achteraf transparantie op de factuur
- **Duidelijke, begrijpelijke, individuele** info op maat, rekening houdend met partijen die ruimte kunnen vrijmaken voor een gepersonaliseerde aanpak.
- Verschillende **kanalen** voor informatieverstrekking, rekening houdend met verschillende doelgroepen: informatieve filmpjes, schermen, affiches, brochures, website, de kiosk bij aankomst in het ziekenhuis, mondelinge persoonlijke begeleiding, verschillende mogelijkheden voor vraagstelling: telefoon, e-mail, aan het loket, persoonlijk...
- Een goede bereikbaarheid van contactdiensten (8h-17h) en responstijd (24h of 48h), bij de zorgverleners zelf tijdens consultatie of opname.
- **Een warm onthaal**, een laagdrempelig contactpunt met 'open deur'.
- **Vooropname:** op een apart vastgelegd moment vóór de opname kan je complexe info op voorhand meegeven (infosessie of pre-opnamebalie). Dan kunnen belangrijke beslissingen in alle rust genomen worden. (Zie ook *Wat zal u dat kosten*, Zorgnet Vlaanderen, 2014). **Of bel de patiënt op** voor de opname.

Een educatieve film over de patiëntenfactuur kan je [hier](#) bekijken. Deze film is een gezamenlijk initiatief van een aantal ziekenhuizen.

## Tijdens het gesprek

- Beschouw **kostprijs als standaard onderdeel** van een consultatie.
- Leef je in de **levenssituatie** van de patiënt in. Luister naar de patiënt en neem ook zijn verwachtingen en doelen mee in het proces. Wijs **expliciet op de financiële gevolgen** van bijvoorbeeld de kamerkeuze, keuze voor bepaald implantaat of hulpmiddel, ereloon-supplement. Besteed extra aandacht aan **niet-terugbetaalde** producten en diensten. Omschrijf duidelijk waarover het gaat.
- Soms kan het ook helpen om één en ander op te schrijven voor de patiënt.
- Een **script en/of checklist** kan de medewerkers doorheen het gesprek gidsen en aantonen welke info wanneer door wie werd gegeven.

## Bijzondere aandacht nodig

### a) Conventiestatuut

Het is belangrijk dat de patiënt de info over het conventiestatuut van de arts op tijd krijgt. Dat betekent: bij het maken van een afspraak met een niet-geconventioneerde arts actief melden dat de conventietarieven niet gevolgd worden en wat de financiële gevolgen daarvan zijn. Dat kan bijvoorbeeld:

- Bij het noteren van de afspraak via telefoon of centraal boekingsstelsel
- Bij bevestiging van de afspraak via e-mail
- Bij herinnering aan de afspraak via e-mail of sms
- Melding in consultatieruimte
- Noteren in patiëntendossier
- Als onderdeel van informed consent formulier<sup>1</sup> - opletten hierbij dat het geen standaard aanvinkvakje wordt.

### b) Opnameformulier

- De opnameverklaring en het toelichtingsdocument zijn al veel eenvoudiger en leesbaarder dan vroeger. Het stelt de zorgverleners echter niet vrij van hun informatieplicht. Het dient als leidraad voor mondelinge informatie ([Wat zal u dat kosten? Handleiding en good practices voor het informeren van patiënten over de kostprijs van een ziekenhuisopname](#), Zorgnet Vlaanderen 2014).
- Het is belangrijk om het opnameformulier goed toe te lichten en het rustig door te nemen met de patiënt omdat het belangrijke financiële gevolgen heeft. Bij voorkeur wordt het formulier vooraf aan de patiënt bezorgd, zodat die tijd heeft voor het lezen en ondertekenen ervan.
- Eenmaal mondelinge toelichting gegeven, mag je verwijzen naar verdere informatie op de website of in een brochure. Je mag een brochure meegeven, of de patiënt doorverwijzen naar een andere persoon of dienst die de informatie zal geven.
- Een flyer die de belangrijkste punten voor de patiënt samenvat, kan een hulp zijn voor mensen die de uitgebreide informatiedocumenten moeilijk begrijpen.

### c) Laten ondertekenen?

- Vraag expliciet de goedkeuring van de patiënt via een getekende informed consent, een getekende opnameverklaring, de aanvaarding van afspraakbevestiging met vermelding van het tarief van de raadpleging en onderzoeken. Check of de patiënt de gevolgen van deze goedkeuring begrijpt.
- Een door de patiënt te tekenen document kan voor bepaalde ingrepen nuttig zijn. Zo gebeurt dat vandaag al bij bv. esthetische heelkunde, lensimplantaten. We moeten ervoor opletten dat zo'n formulier dan ook het doel van volledige, correcte en duidelijke informatie vervult en niet net complexer maakt.

1) IC kan in principe mondeling, hoeft niet per sé schriftelijk (tenzij in een aantal bij wet geregelde gevallen zoals euthanasie ...)

2) Algemeen aan te bevelen schriftelijke weerslag in patiëntendossier.

3) Bewijslast ligt bij de patiënt. Negatief bewijs: "ik heb de info niet gekregen". (zie hoger)

#### d) Een idee van de prijs op voorhand én duidelijkheid over de factuur achteraf

- Vooraf opgemaakte **kostenramingen** zijn nuttig voor de patiënt én zijn ook heel handig voor intern gebruik. Zo kan iedereen die raadplegen en gelijke info meegeven.
  - Liefst gebruiksvriendelijk, geautomatiseerd en digitaal.
  - Of op aanvraag bij de facturatedienst. Voor minder standaard ingrepen kan een raming ad hoc worden opgemaakt.
  - In 2018 maakte Zorgnet-Icuro een standaard-aanpak voor kostenramingen. 21 ingrepen werden geselecteerd (zie bijlage). Intussen bieden ziekenhuizen kostenramingstools aan die uitgebreider zijn en meer ingrepen bevatten.
  - De wetgever heeft intussen de mogelijkheid gegeven om de modaliteiten van een verplichte kostenraming bij KB te bepalen, maar in praktijk is dat nog niet gebeurd.
- Een **pro-forma factuur** is ook een mogelijkheid.
- De **factuur** zelf werpt soms nog vragen op voor de patiënt. Zeker de omschrijving “diverse of andere kosten” creëert onduidelijkheid. Deze rubriek liefst zoveel mogelijk vermijden en alleen gebruiken als het echt niet anders kan. Je kan meer helderheid brengen door duidelijk te omschrijven wat de aangerekende “andere kosten” en niet vergoedbare prestaties inhouden.

#### De persoonlijke situatie van de patiënt

- De **status van de patiënt** kan een bijzondere aanpak vergen, met daaraan aangepaste informatie. De sociale dienst speelt een belangrijke rol. Zij kunnen in begrijpbare taal uitleg geven of bij problemen de patiënt doorverwijzen naar de geschikte diensten voor hulp en ondersteuning. Ook de interculturele bemiddelaar of een ervaringsdeskundige kan een rol spelen. Concreet kan het om de volgende groepen gaan:
  - Mensen zonder ziekenfonds of verzekering;
  - Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming. Zij kennen niet altijd de betekenis hiervan;
  - Mensen met betalingsachterstand op hun facturen;
  - Buitenlandse patiënten, EU of buiten EU;
  - Vluchtelingen;
  - Mensen in armoede;
  - Mensen zonder papieren.
- **De sociale dienst kan proactieve contacten leggen.**  
Sociaal administratieve bemiddelaars bijvoorbeeld zijn gespecialiseerd om deze kwetsbare patiënten te begeleiden binnen de ziekenhuiscontext, complementair met de debiteuren-, facturatie- en de opnamedienst. In dialoog gaan en op een menselijke, correcte manier communiceren blijkt keer op keer een goede begeleidingsmethode te zijn.

- **Hospitalisatieverzekeringen** zijn een moeilijk gegeven voor veel patiënten. Het is niet altijd evident de juiste persoon of info bij de verzekeraar te pakken te krijgen. Mensen weten niet altijd dat zij zelf de verzekering moeten contacteren, ze denken dat het ziekenhuis dat zal doen. Patiënten krijgen soms het verkeerd gevoel van geruststelling dat alles toch verzekerd zal zijn, wat niet altijd het geval is. Je kan patiënten erop wijzen om na te gaan wat inbegrepen is in de hospitalisatieverzekering en wat niet. Deze vraag voeg je toe aan de gespreksleidraden/scripts voor medewerkers en artsen.
- Er zijn nog specifieke uitdagingen. **Minder bereikte doelgroepen** zijn bijvoorbeeld:
  - Anderstaligen:
    - Je kan vertalingen aanbieden in de drie landstalen en het Engels.
    - Werken met tolken: er is een extern aanbod, ook online. Ook hier worden drempels ervaren. Een uitkomst kan zijn om te werken met tolken uit de personeelspool.
    - Met pictogrammen werken waar nodig en waar het kan.
  - Mensen met lagere geletterdheid en gezondheidsgeletterdheid. Het begripsniveau van het zesde leerjaar lagere school kan als richtlijn dienen voor alle communicatie.
  - Mensen met minder toegang tot digitale media en minder digitale vaardigheden.
  - Culturele diversiteit waarin bijvoorbeeld andere gewoontes zijn over omgaan met geld.

Op [www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be) bundelden we heel wat info en tips:

**Bijzonder kwetsbare mensen:** info, casusbesprekingen en good practices van zorgorganisaties rond mensen in armoede, mensen zonder wettige verblijfsstatus of zorgverzekering, patiënten helpen met de betaalbaarheid van de factuur, risico op wanbetaling, wetgeving rond dringende medische hulpverlening en ocmw, enz.

**Taalbeleid: heldere taal in de zorg:** tips, inspiratie en meer info rond heldere taal in de zorg, met aandacht voor specifieke doelgroepen zoals anderstaligen en mensen die moeite hebben met communiceren.

**Tips voor aanvullingen zijn altijd welkom!**



## Welke stappen kan je zetten achter de schermen van het ziekenhuis?

### a) Meten is weten

- Maak een **analyse van de interne werking**. Breng ook de **klachten in kaart**.
- Luister naar de patiënten, bijvoorbeeld via een **patiëntenpanel** om op regelmatige basis bepaalde elementen in het proces met hen te evalueren:
  - Is er voldoende persoonlijk contact?
  - Is er voldoende tijd?
  - Is de financiële informatie op de website gemakkelijk terug te vinden en overzichtelijk?
    - De kostprijs van raadplegingen, opnames, ingrepen, behandelingen en ziekenhuisverblijf;
    - De facturatiemethode, de betaaltermijnen en de betalingsvoorwaarden;
    - De contactinformatie: hoe, wie, wanneer.
- **Meet** het gebruik van digitale tools zoals kostenramingen
  - Wordt de tool gebruikt?
  - Hoe vaak?
  - Voor welke disciplines het meest?
  - Hoeveel tijd heeft een bezoeker daarvoor nodig?
  - Zit men nadien nog met vragen?

### b) Digitalisering en automatisering

- Betrek de ICT-dienst bij het in kaart brengen van de knelpunten van de huidige manier van werken, en het uitwerken van nieuwe initiatieven. Optimaliseer **digitale mogelijkheden** doorheen het hele proces:
  - Website
  - Kan je een brochure, kostenraming... meesturen bijvoorbeeld bij de afspraakbevestiging?
  - Sms, e-mail
  - QR-codes

### c) Interne kennis en afstemming

- De **verschillende betrokken diensten** in het ziekenhuis kennen elkaars expertise en werkwijze. Ze werken goed samen. Merk op dat er verschillende manieren zijn om het informatieproces te organiseren in een ziekenhuis.
  - **Wie doet wat?** Hoe kunnen we intern beter verankeren: artsen, diensten, debiteurenbeheer, facturatie, IT ombudsdienst, onthaal, sociale dienst, communicatie...?
  - Een **intern ziekenhuisplatform** kan helpen om goed te communiceren onder elkaar welke info door wie aan de patiënt gecommuniceerd wordt, om dit congruent te houden. Op een vaste plek alles bij elkaar verzamelen.

- Maak een **Q&A** op, of creëer **voorbeeldcasussen** over de meest voorkomende kwesties.
- Het ziekenhuis zou in een **draaiboek** kunnen vastleggen hoe, door wie, welke info wordt gegeven;
  - Nuttig voor intern gebruik;
  - Voor de interne cultuur;
  - Maar ook interessant om preventief op te bouwen (cf. gerechtelijke procedures) om aan te tonen welke inspanningen men al doet in instellingen op vlak van inforestrekking, gekoppeld aan de praktijk in het ziekenhuis.
  - Let wel:  
De bewijslast ligt in eerste instantie bij de patiënt (volgens een arrest van het Hof van Cassatie van 18 juni 2020). Maar om de argumenten van de patiënt te weerleggen, zal men, naast het voorleggen van het draaiboek, best ook elementen aanbrengen die kunnen aantonen dat het draaiboek in dat specifieke geval correct uitgevoerd werd of, indien er afgeweken werd, dat de patiënt toch de nodige informatie heeft gekregen. Dat is wellicht niet altijd mogelijk, maar het maakt het argument van correcte informatieverstrekking wel sterker.

### d) Creatief aan de slag

- “*Fika*-momentje” op zijn Zweeds: een koffie-moment **met het team** waarbij bepaalde thema’s in **informele minisessies** aan bod komen. Bespreek bijvoorbeeld op de dienst materniteit de kost van een bevalling met keuze voor eenpersoonskamer. Of de bevalling van iemand zonder papieren. Zo kan je taboes om te spreken over geld verminderen, en alle medewerkers meekrijgen.
- **Storytelling met data**: je kan problemen visueel en tastbaar maken door concrete klachten of casussen, met feiten en cijfers, als verhalen uit te werken. Je kan die bijvoorbeeld ophangen als posters in de verpleegposten, of bespreken op teammeetings. Dat helpt iedereen om zich in te leven in de situaties van mensen, en geeft concrete handvaten.
- Gamification: een spel voor medewerkers om op een andere manier de **ziekenhuisfinanciering onder de knie** te krijgen, en correct te laten uitleggen. Je kan ook er een workshop van maken, een quiz...
- Zijn er mogelijkheden om (eventueel gezamenlijk) een **app** te ontwikkelen? In de app kan de patiënt mogelijk individuele info op maat krijgen, een virtuele rondleiding of stappenplan volgen, formulieren digitaliseren...

## MEER INSPIRATIE

- [Wat zal dat u kosten? Handleiding en good practices voor het informeren van patiënten over de kostprijs van een ziekenhuisopname Zorgnet-Vlaanderen, 2014](#)
- [Hoe informeer je over kostprijs in het ziekenhuis? Tips en tricks. Vlaams patiëntenplatform, 2021.](#)
- [Advies van het Observatorium voor de Chronische zieken](#)
- Over *organisational health literacy*:
  - [Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations](#) (Cindy Brach, Debra Keller, Lyla M. Hernandez, Cynthia Baur, Ruth Parker, Benard Dreyer, Paul Schyve, Andrew J. Lemerise, and Dean Schillinger, June 2012).
  - Er bestaan ook initiatieven uit het buitenland (bv: [Making it easier: a health literacy action plan 2017-2025 \(Scotland\)](#))
  - Webinar van het Dr. Daniël De Coninck Fund van het KBS ('[Involving primary care professionals in organisational health literacy](#)' with Gill Rowlands, GP, researcher and lecturer in health literacy at the University of Newcastle (UK).

## BIJLAGEN

- Toelichting bij Arrest Hof van Cassatie 6 september 2021
- Overzicht van 21 weerhouden APRD-DRG's in een voorstel rond kostenraming uit 2018 (Zorgnet-Icuro samen met vertegenwoordigers artsen, mutualiteiten en andere ziekenhuiskoepels)

**Bijlage 1: Toelichting bij de zaak over de betwisting van ereloon van een niet-geconventioneerd arts - Arrest Hof van Cassatie 6 september 2021**

- De infoplicht wordt verscherpt<sup>1</sup>  
 “Een ziekenhuis, **voorafgaand** aan de tussenkomst van een bij hem werkzame arts, is ertoe gehouden **uit eigen beweging** aan een patiënt, met het oog op het verlenen van diens toestemming, informatie te verstrekken over het al dan niet geconventioneerde statuut van de arts en de financiële gevolgen van diens tussenkomst, **zonder dat van de patiënt een specifiek optreden mag worden vereist om kennis te nemen** van die informatie.” Op dit standpunt kan men vanuit juridisch oogpunt desgewenst kritiek uitoefenen.<sup>2</sup>
- Bevestiging van de verscherpte infoplicht<sup>3</sup>  
 Het ziekenhuis heeft zijn informatieverplichting naar de patiënt toe niet nageleefd. Om die reden kan het ereloon supplement niet worden aangerekend. Waarom niet:
  - Er is de hogergenoemde uitspraak waaruit volgt dat op het ziekenhuis een **actieve informatieverplichting** rust.
  - De door het ziekenhuis voorgelegde stukken zijn **onvoldoende** om aan die informatieverplichting te voldoen om volgende redenen:
    - (1) Informatiebrochure: verwijst naar de vindplaats van de conventiestatus en de gevolgen daarvan op de website van het ziekenhuis en informatie aan onthaalbalie. Hierdoor verwacht je een actieve handeling van de patiënt, nl. door te surfen naar de website van het ziekenhuis of zich te begeven naar de onthaalbalie om de informatie te verkrijgen. Wat niet in lijn is met de actieve infoplicht van het ziekenhuis.
    - (2) Informatiebrochure Zorgaanbod: bevat dezelfde vermelding waarin louter wordt verwezen hoe de patiënt de informatie kan bekomen, nl. door ze op te halen aan de onthaalbalie of te surfen naar de website.
    - (3) De afpraakbevestiging die wordt voorgelegd door het ziekenhuis is niet de afspraakbevestiging van de patiënt in kwestie en bovendien wordt ook daar verwezen naar de manier waarop de patiënt de informatie kan bekomen, zonder dat de informatie daar zelf op staat.
    - (4) Van de affiches in verband met de gevraagde ereloon supplementen bij MRI-scans is niet aangetoond dat de affiches daar daadwerkelijk ophingen op het ogenblik dat de patiënt daar was. Het is dus niet aangetoond dat hij er op dat moment kennis kon van nemen.
    - (5) Van de informatie op de tv schermen en borden kan niet worden nagegaan of die informatie er hing op het ogenblik dat de patiënt daar aanwezig was.

<sup>1</sup> Cassatie, 06/09/2021 (...) Dit kan volgens de rechter uit het geheel van de wetsbepalingen (artikel 8 § 2 WPR, artikel 30 Ziekenhuiswet) en de wetsgeschiedenis van de WPR afgeleid worden.

<sup>2</sup> Ook S. Tack heeft onderhavig Cassatiearrest geannoteerd (cfr. Cass. (3e k.) AR C.20.0383.N, 6 september 2021, RW 2021-22, afl. 27, 1069 noot M. De Potter De Ten Broeck; T.Vred. 2021, afl. 11-12, 590, noot S. Tack.): Zie noot 7.

<sup>3</sup> Vrederechter Westerlo, 18/10/2022. De vrederechter – waarheen de zaak werd verwezen na Cassatie 06/09/2021 – is van oordeel dat het ziekenhuis zijn informatieverplichting naar de patiënt toe niet heeft nageleefd. Om die reden kan het ereloon supplement niet worden aangerekend. Er werd na dit vonnis uit Westerlo negatief geadviseerd aan het betrokken ziekenhuis aangaande het overwegen om naar een tweede cassatie te gaan. Het advies was dus met andere woorden om te berusten in het vonnis van het Vrederecht te Westerlo.

**Bijlage 2: Overzicht van 21 weerhouden APRD-DRG's in een voorstel rod kostenraming uit 2018 (Zorgnet-Icuro samen met vertegenwoordigers artsen, mutualiteiten en andere ziekenhuiskoepels)**

| #   | Behandeling of ingreep   | In laagvariabele zorg? |
|-----|--|------------------------|
| 1.  | Appendectomie  | Ja, APR-DRG 225        |
| 2.  | Liesbreuk of femorale hernia (eenzijdig) en umbilicale hernia                          | Ja, APR-DRG 228        |
| 3.  | Verwijderen galblaas (met of zonder beeldvorming)                                      | Ja, APR-DRG 263        |
| 4.  | Colonscopie  | Neen                   |
| 5.  | Bevalling zonder epidurale verdoving   | Ja, APR-DRG 560        |
| 6.  | Bevalling met epidurale verdoving  | Ja, APR-DRG 560        |
| 7.  | Bevalling met keizersnede  | Ja, APR-DRG 540        |
| 8.  | Hysterectomie  | Ja, APR-DRG 519 & 513  |
| 9.  | Cataractingreep met lensimplant  | Neen                   |
| 10. | Plaatsing van uni/bilaterale transtympanale drain(s) zonder aanrekening van anesthesie | Ja, APR-DRG 098        |
| 11. | Plaatsing van uni/bilaterale transtympanale drain(s) met aanrekening van anesthesie    | Ja, APR-DRG 098        |
| 12. | Adenoïdectomie en/of amygdalectomie tot 18j  | Ja, APR-DRG 097        |
| 13. | Heupprothese   | Ja, APR-DRG 301        |
| 14. | Knieprothese   | Ja, APR-DRG 302        |
| 15. | Meniscusoperatie   | Neen                   |
| 16. | Vrijmaken handwortelkanaal (carpal tunnel) zonder aanrekening van anesthesie           | Ja, APR-DRG 026        |
| 17. | Vrijmaken handwortelkanaal (carpal tunnel) met aanrekening van anesthesie              | Ja, APR-DRG 026        |
| 18. | Extractie van 2 wijsheidstanden  | Neen                   |
| 19. | Extractie van 4 wijsheidstanden  | Neen                   |
| 20. | Besnijdenis  | Ja, APR-DRG 484        |
| 21. | Endoscopische resectie van de prostaat   | Ja, APR-DRG 482        |



Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08  
ondernemingsnr. 417659828

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)