

DE HOSPITALISATIE- VERZEKERINGEN

EN VERZEKERINGEN VOOR
AMBULANTE ZORGEN



EEN ONMISBARE AANVULLING

Een goede gezondheid gaat boven alles. We rekenen met zijn allen op de geneeskunde om zo lang mogelijk in optimale gezondheid te blijven. Dankzij onze verplichte sociale zekerheid, waar we allemaal aan bijdragen, is het zorgaanbod zeer uitgebreid en toegankelijk. Anders dan in heel wat landen zijn wachtlijsten eerder schaars en kan je vrij je arts kiezen.

Wist je dat het ziekenfonds niet alles terugbetaalt, zoals het remgeld? Als patiënt betaal je ongeveer 20 % uit je eigen zak. Voor alle Belgen samen bedraagt dit meer dan 8 miljard euro per jaar (cijfers 2020). Dit percentage van 20% behoort bij het hoogste van Europa.

Een "eenvoudige" dringende blindedarmoperatie kost de sociale zekerheid al snel 2.000 euro. Als patiënt betaal je zelf echter ook tussen 270 en 1 200 euro naargelang van het kamertype dat je hebt gekozen (cijfers 2019).

De medische kosten voor je verzorging kunnen ook zonder ziekenhuisopname, hoog oplopen. De kosten voor tandheelkundige zorg (orthodontie en implantaten) bijvoorbeeld kunnen zeer duur uitvallen. De verzekeraars hebben daarom formules uitgewerkt die je kunnen bijstaan wanneer je te maken krijgt met hoge medische kosten: [de aanvullende verzekeringen voor ambulante zorgen](#) of specifieke [tandzorgen](#) (niet te verwarren met de ongevallenverzekeringen en de verzekeringen gewaarborgd inkomen voor zelfstandigen).

Deze brochure biedt een overzicht van de voornaamste eigenschappen van deze aanvullende gezondheidszorgverzekeringen - hospitalisatieverzekeringen en verzekeringen ambulante zorgen - die belangrijk zijn wanneer je een overeenkomst ondertekent of wijzigt.

VERZEKERINGEN ALS AANVULLING

In België draagt iedereen bij tot een **verplicht ziekteverzekeringstelsel** dat de gezondheidszorg en de **keuze van de arts** (sociale zekerheid) moet waarborgen. De ziekteverzekeringen die de verzekeraars aanbieden, hebben een aanvullend karakter. Deze aanvullende verzekeringen moeten de kosten dekken die de Belgische sociale zekerheid niet terugbetaalt en dus ten laste van de verzekerde blijven.

De aanvullende dekking op de gezondheidszorg omvat enerzijds de hospitalisatieverzekering en anderzijds de verzekeringen ambulante en tandheelkundige zorgen. Het succes van de hospitalisatieverzekering – meer dan 9 miljoen Belgen hebben er één – heeft natuurlijk alles te maken met de zeer hoge facturen voor een hospitalisatie of gezondheidszorg bij een ernstige ziekte.

Een hospitalisatieverzekering kan tot stand komen:

- › op initiatief van je werkgever als **extralegaal voordeel** bij een private verzekeraar
- › **individueel**, bij een private verzekeraar
- › bij de verzekeraar van een ziekenfonds als je lid bent van dat ziekenfonds

De toegang tot de aanvullende hospitalisatieverzekering is, rekening houdend met het succes ervan, gemakkelijker geworden voor personen met een **chronische ziekte** of een handicap. De individuele verzekering is een **levenslange waarborg**. Zelfs al verlies je dit voordeel wanneer je je werkgever verlaat, kan je de verzekering voortzetten bij je verzekeraar.

➔ DE DEKING VAN DE HOSPITALISATIEVERZEKERING

De hospitalisatieverzekering komt tussen in de gemaakte medische kosten tijdens een hospitalisatie die rechtstreeks verband houdt met een ziekte of ongeval, zwangerschap of bevalling en die je als patiënt zelf moet betalen. Ze betaalt ook **het materiaal voor medische hulp** terug zoals protheses en medicijnpompen.

De hospitalisatieverzekering komt ook tussen voor de verzorging die je krijgt tijdens een **daghospitalisatie**. Een of meerdere overnachtingen in het ziekenhuis zijn dus geen vereiste voor de tussenkomst van de verzekering.

➔ DE BASISBEGINSELEN VAN DE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Als je een individuele verzekering wil sluiten, dan kan je best het aanbod op de markt **vergelijken**, zodat je kan uitvissen welke formule het best bij je past. De vrije keuze van de **arts** en dus het **ziekenhuis** waar je zal verzorgd worden heeft financiële gevolgen waarmee je terdege moet rekening houden.

Het **kamertype** kan een grote invloed hebben op de prijs en de terugbetaling. Als je voor een éénpersoonskamer kiest, zal je ereloonsupplementen aangerekend krijgen. En de prijs van de kamer ligt hoger. Dit prijsverschil verklaart tevens een hogere vrijstelling die verzekeraars kunnen invoeren voor een individuele kamer.

Binnen de aanvullende verzekeringsovereenkomsten zijn dus verschillende formules mogelijk:

- ▶ Interventieplafond, bijvoorbeeld vastgesteld op 200 % van de basiserelonen, terwijl andere overeenkomsten onbeperkt zullen terugbetalen;
- ▶ Minder dure formules die hospitalisaties in een tweepersoonskamer en zelfs de keuze voor een eenpersoonskamer dekken, maar die beperkt zijn tot de voorwaarden van een tweepersoonskamer. De keuze van het kamertype wijzigt niets aan je recht als patiënt om dezelfde zorgen te krijgen door dezelfde artsen. Het is belangrijk dat je je recht op keuze van het kamertype behoudt naargelang van de omstandigheden. Voor een langere of minder pijnlijke ziekenhuisopname kan het zijn dat je het gezelschap verkiest van een andere patiënt of net vreest voor de eenzaamheid van een eenpersoonskamer;
- ▶ De verzekering betaalt de ziekenhuisfacturen terug, voor zover die gelinkt zijn aan gezondheidszorg. De niet-medische kosten zoals flessen water en wifkosten...moet je steeds zelf betalen, net als de vrijstelling als die voorzien is in de polis;
- ▶ De ambulante kosten vóór en na de hospitalisatie (met een beperking in de tijd). Dat is een zeer belangrijk voordeel, zeker als je weet dat de gemiddelde duur van een hospitalisatie stevig gedaald is tijdens de laatste jaren.
Voor de farmaceutische kosten die verbonden zijn aan je ziekenhuisopname hebben de verzekeraars en apothekers een elektronisch systeem opgericht: AssurPharma. Je hoeft aan je apotheker alleen de kaart of de code te geven die je van je verzekeraar gekregen hebt en te betalen. Het systeem verstuurt de factuur vervolgens onmiddellijk naar de verzekeraar met het oog op terugbetaling.

- › De verzekeraar betaalt ook **het materiaal voor medische hulp** terug zoals protheses en medicijnpompen.
- › De hospitalisatieverzekering betaalt bovendien je **verblijfskosten** in de ziekenhuiskamer wanneer je er de nacht doorbrengt bij je gehospitaliseerd kind.
- › De hospitalisatieverzekeraar staat daarnaast in voor de kosten verbonden met de verzorging van ernstige ziektes opgesomd in de polis. Zelfs wanneer de verzorging hiervan geen hospitalisatie vereist, kunnen de kosten extreem hoog oplopen. Het gaat om een reeks ernstige ziektes, zoals kanker, aids, mucoviscidose, de ziekte van Crohn...

➤ HOSPITALISATIEVERZEKERING IN HET BUITENLAND

Ook als je voor een tijdje in het buitenland bent, kan je rekenen op je hospitalisatieverzekering. De dekking geldt doorgaans in de Europese Unie, soms zelfs wereldwijd. Meestal staat er in de voorwaarden dat het moet gaan om een dringende hospitalisatie waarvoor de sociale zekerheid normaal tussenkomt.

DE DIENSTEN

De meeste verzekeraars laten je de vrije keuze uit verschillende formules, gaande van een basisdekking tot een hoogwaardige dekking. De premie die je betaalt staat in verhouding tot de waarborgen die je wenst.

Bijstand: wanneer tijdens een verblijf in het buitenland je gezondheidstoestand een repatriëring vereist, dan kan de hospitalisatieverzekeraar de kosten hiervan ten laste nemen, hetzij in optie, hetzij via een in de polis opgenomen dekking. Wees attent.

Derde betaler: de hospitalisatieverzekeraars betalen de kosten rechtstreeks zonder dat de patiënt het geld zelf eerst moet voorschieten en nadien moet wachten op de terugbetaling.

Kijk zeker goed na of de waarborgen ook gelden voor de **ambulancekosten** die de sociale zekerheid niet ten laste neemt.

👉 WIE IS VERZEKERD?

Er is een verschil tussen de collectieve verzekering, die je werkgever gesloten heeft, en de verzekering die je individueel sluit.

In een **collectieve verzekering** zijn de verzekerden meestal aangesloten zonder medische vragenlijst.

Het personeelslid kan zijn gezin ook laten verzekeren via de collectieve polis binnen de in de overeenkomst voorziene termijn.

Een verzekerde die een **individuele verzekering** sluit, zal een medische vragenlijst moeten invullen net als de gezinsleden die hij wenst aan te sluiten. Aangezien de gezondheidstoestand evolueert met de leeftijd zal de leeftijd ook de hoogte van de premie bepalen. Je hebt er dus alle baat bij om zo vroeg mogelijk je verzekering te sluiten, ook al aanvaarden de verzekeraars aansluiting **tot een bepaalde leeftijd** (65 jaar of meer), met een premie die overeenstemt met het risico.

Medische index

De premie, de vrijstelling of de prestaties van de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten kunnen geïndexeerd worden.

Een van de indexeringsmethodes maakt gebruik van de medische indexen die de FOD Economie jaarlijks begin juli bekendmaakt. Anders dan de index der consumptieprijzen houden die rekening met de evolutie van de medische kosten. Het gebruik ervan maakt een **meer geleidelijke aanpassing** mogelijk van de prijs aan de evolutie van de kosten van de gezondheidszorg.

De verzekeraars kunnen die toepassen op de vervalddag in zoverre de overeenkomst een indexeringsclausule omvat en de medische index hoger ligt dan de index van de consumptieprijzen.

➔ HOE WORDT DE PREMIE BEPAALD?

De gezondheidsverzekeraars bepalen de hoogte van de premie op basis van verschillende criteria:

- **De waarborgen:** de verzekeraars waarborgen de terugbetaling van de ziekenhuisfacturen en de ambulante zorgen verbonden met de ziekenhuisopname;
- **De vrijstelling en het plafond:** de vrijstelling is het deel van de kosten dat ten laste blijft van de verzekerde en dat het mogelijk maakt om de hoogte van de premie te beperken, net als het plafond dat de verzekeraar kan bepalen – normaal per persoon – hetzij voor de volledige dekking, hetzij voor een specifiek type uitgave, zoals de erelonen van de arts. Sommige verzekeraars stellen een keuze voor tussen verschillende vrijstellingen of plafonds, wat eigenlijk betekent dat je het niveau kiest van de premie;
- **De leeftijd:** het risico op gezondheidszorg neemt toe met de leeftijd. De leeftijd bepaalt in grote mate de hoogte van de premie;
- **De gezinssamenstelling:** sommige verzekeraars geven korting naargelang de gezinssamenstelling en het aantal verzekerde kinderen;
- **De plaats:** hetzij de woonplaats van de verzekerde, hetzij de ligging van het ziekenhuis. Hiermee willen verzekeraars inspelen op het feit dat sommige ziekenhuizen merkkelijk duurder zijn dan het gemiddelde;
- **De wachtperiode:** de verzekeraar voorziet vaak in een wachtperiode van een aantal maanden. Deze wachtperiode geldt niet voor de medische kosten die verbonden zijn met een ongeval. Er is evenmin een wachtperiode wanneer je overstapt van een collectieve naar een individuele verzekering.

🔍 UITSLUITINGEN

De waarborgen kunnen algemene uitsluitingen bevatten die van toepassing zijn op alle verzekerden:

- › De deelname aan oorlogsfeiten of aan een opstand;
- › De verzorging na een opzettelijke of vrijwillige daad - bijvoorbeeld poging tot zelfmoord - van de verzekerde;
- › Esthetische chirurgie die niet samenhangt met een ziekte of een ongeval;
- › Vaak ook de luchtsporten.

➤ HOSPITALISATIEVERZEKERING TOEGANKELIJKER

De zogenaamde wet-Verwilghen van 20 juli 2007 heeft een aantal principes ingevoerd om de toegang tot en de continuïteit van de aanvullende hospitalisatieverzekering te vergemakkelijken:

- De wet maakt een onderscheid tussen de individuele en collectieve verzekeringen, waarbij beide specifieke verplichtingen meebrengen;
- Anders dan de verzekeringnemer kan de verzekeraar een individuele hospitalisatieverzekeringsovereenkomst niet opzeggen (tenzij in geval van fraude of niet-betaling van de premie). De verzekerde kan met andere woorden rekenen op een **levenslange** waarborg;
- Wanneer de beroepsactiviteit eindigt, moet de werkgever de hoofdverzekerde (sedert minstens twee jaar en ononderbroken verzekerd op basis van om het even welke hospitalisatieverzekering) op **de hoogte brengen** van de mogelijkheid om de verzekering op individuele basis voort te zetten tegen gelijkaardige voorwaarden, zonder dat hij een medische vragenlijst hoeft in te vullen of een medisch onderzoek moet ondergaan en zonder enige wachttijd;
- Alle **chronisch zieken** of **gehandicapte personen** hebben het recht om een individuele hospitalisatieverzekering te sluiten. Anderzijds mogen de verzekeraars de hospitalisatiekosten uitsluiten die rechtstreeks verbonden zijn met de chronische ziekte of de handicap, op voorwaarde dat dit uitdrukkelijk vermeld is in de overeenkomst.

🕒 DE VERZEKERING VAN DE AMBULANTE KOSTEN

De **ambulante verzorging** is de verzorging die niet rechtstreeks verbonden is met een ziekenhuisopname (zonder kosten vóór en na de hospitalisatie als deze kosten elders gedekt zijn). Dat is meer bepaald zo voor:

- › voorgeschreven geneesmiddelen;
- › medische raadplegingen;
- › paramedische behandelingen, door een verpleger, een kinesitherapeut, een fysiotherapeut...
- › medische onderzoeken, radiologie of in een laboratorium bijvoorbeeld;
- › medische hulpmiddelen, zoals brilglazen, lenzen en hoorapparaten;
- › medische prothesen;
- › geneesmiddelen en verbanden;
- › sommige alternatieve geneeswijzen.

De sociale zekerheid komt niet tussenbeide in alle kosten voor deze ambulante zorgen, of slechts zeer gedeeltelijk. Dat kan voor de patiënt een zware last zijn, bijvoorbeeld:

- › Een **tandimplantaat** voor een persoon van 45 jaar wiens gebit nog in goede staat is. De sociale zekerheid komt in dat geval niet tussen terwijl het bedrag ten laste van de patiënt kan oplopen tot meer dan 2.000 euro door de interventie van een tandarts, een stomatoloog en een laboratorium;
- › De prijs van een hoorapparaat ligt in dezelfde grootteorde, met een kleine interventie van de sociale zekerheid. Voor mensen die een meer complexe pathologie aan het oor hebben, biedt een hoorimplantaat een oplossing, maar ze moeten zelf opdraaien voor duizenden euro's.

De verzekeraars bieden ook dekkingen aan voor deze ambulante zorgen, hetzij globaal, hetzij gedeeltelijk (bijvoorbeeld voor tandverzorging).

De verzekeraars willen de medische uitgaven afremmen en meer inzetten op preventie. Daarom beperken ze hun terugbetaling meestal en passen ze een vrijstelling toe, die overeenkomt met een percentage van de kosten die ten laste van de verzekerde blijven.

TOT WIE KAN IK ME RICHTEN?

VRAGEN?

Het is onmogelijk om in een aantal bladzijden alle vragen te beantwoorden in verband met de hospitalisatieverzekering. In uw verzekeringsovereenkomst vindt u al uw rechten en plichten.

Verdere informatie vindt u op de website www.assuralia.be.

Als u gebruikmaakt van de diensten van een verzekerings-tussenpersoon, kunt u natuurlijk ook bij hem terecht voor verdere informatie.

ASSURALIA

Koning Albert II-laan 19
1210 Brussel



Bij vragen, contacteer ons via info@assuralia.be.