

Hospitalisation et chirurgie

Ziekenhuisopname: uw zorg

Bij ziekenhuisopname dekt de Zorgverzekering bepaalde kosten. Het ziekenhuispakket blijft echter uw verantwoordelijkheid. Onder bepaalde voorwaarden kunt u ook thuis worden opgenomen: dit heet een opname aan huis (HAD).

Het ziekenhuispakket

Het ziekenhuispakket vertegenwoordigt de financiële bijdrage van de patiënt in de verblijf- en onderhoudskosten van zijn ziekenhuisopname. Het is verschuldigd voor elke dag van ziekenhuisopname, inclusief de dag van ontslag.

Bedrag van het ziekenhuispakket

De hoogte van het ziekenhuispakket wordt bij ministeriële regeling vastgesteld. Sinds 1 januari 2018 is dat:

- € 20 per dag in ziekenhuis of kliniek;
- € 15 per dag op de psychiatrische afdeling van een gezondheidsinstelling.

Het ziekenhuispakket wordt niet vergoed door de Zorgverzekering. Mogelijk wordt het gedekt door uw onderlinge verzekering of uw aanvullende zorgverzekering als het contract dat u hebt afgesloten daarin voorziet. Vraag het haar.

Vrijstelling in bepaalde situaties

U hoeft het ziekenhuispakket niet te betalen in de volgende situaties:

- u bent een zwangere vrouw die is opgenomen in het ziekenhuis tijdens de laatste 4 maanden van de zwangerschap, of voor de bevalling of gedurende de 12 dagen na de bevalling;
- u profiteert van Complementaire gezondheidssolidariteit (voorheen CMU-C en ACS) of staatsgeneeskundige hulp;
- uw kind wordt binnen 30 dagen na de geboorte in het ziekenhuis opgenomen;
- uw ziekenhuisopname het gevolg is van een arbeidsongeval of een beroepsziekte (indien de ziekenhuisopname te wijten is aan het arbeidsongeval of een beroepsziekte);
- u wordt behandeld in het kader van een ziekenhuisopname aan huis;
- uw gehandicapte kind onder de 20 jaar wordt ondergebracht in een instelling voor speciaal onderwijs of beroepsonderwijs;
- u bent afhankelijk van het regime van de Elzas-Moezel;
- u bent houder van een militair pensioen;
- u bent het slachtoffer van een terroristische daad en geniet van een volledige dekking voor de zorg rondom deze gebeurtenis, mits u in het bezit bent van een geldige verklaring.

Ziekenhuisopnamekosten en hun vergoeding

Als u in een openbare instelling of een privékliniek in overleg wordt opgenomen, vergoedt de Zorgverzekering uw opnamekosten voor 80%. Uw onderlinge verzekeringsmaatschappij kan de resterende 20% dekken, evenals bepaalde toeslagen of eigen risico's. Het ziekenhuispakket blijft uw verantwoordelijkheid, tenzij u voldoet aan de vrijstellingsvoorwaarden.

Kiest u voor een privékliniek waar geen overeenkomst voor is, dan zijn de kosten die voor uw rekening blijven hoger.

In een openbaar ziekenhuis of een privékliniek in overleg, worden de kosten van ziekenhuisopname voor 80% gedekt door de Zorgverzekering (behalve in bijzondere gevallen). U krijgt de vergoeding terug nadat u het ontslagbriefje van de zorginstelling bij uw vertrek naar uw ziekenfonds hebt gestuurd.

De zorgverzekering dekt ook een deel van de zorg voor of na een ziekenhuisopname. U krijgt bijvoorbeeld 70% vergoed tijdens een consult bij een anesthesioloog, voor een operatie, en 60% als u revalidatie nodig heeft na de operatie.

Bij het verlaten van het ziekenhuis moet u betalen:

- het **bedrag van het bemiddelingsbiljet**, d.w.z. het deel van de ziektekosten dat je verantwoordelijk blijft na de terugbetaling van de ziekteverzekering (20% van de hospitalisatiekosten), alsook het dagelijkse forfait;
- eventuele **toeslagen voor persoonlijk comfort**, zoals een eenpersoonskamer, telefoon, televisie, etc. ;
- kosten **overtollige medische**.

Als u echter een onderlinge of aanvullende zorgverzekering heeft, kunnen deze kosten geheel of gedeeltelijk worden vergoed. Vraag bij deze organisatie na of uw contract hierin voorziet.

Als u geen onderlinge of aanvullende ziektekostenverzekering hebt en uw middelen onvoldoende zijn om de ziekenhuisopnamekosten te betalen die uw verantwoordelijkheid blijven, zijn er twee mogelijkheden:

- een aanvraag voor een aanvullende zorgverzekering (voorheen CMU-C en ACS) indienen bij uw ziekenfonds;
- of een aanvraag indienen voor dekking onder de ziekenfondsactie van uw ziekenfonds.

Uw opnamekosten worden volledig vergoed als u zich in één van de volgende situaties bevindt:

- u bent gehospitaliseerd voor een therapeutische of diagnostische handeling met een coëfficiënt groter dan of gelijk aan 60, of een prijs gelijk aan of groter dan € 120 (maatregel ingevoerd bij decreet nr. 2011-201 van 21 februari 2011, van toepassing sinds 1 maart 2011);
- u bent meer dan dertig opeenvolgende dagen in het ziekenhuis opgenomen (uw 100% dekking gaat dan in op de eenendertigste dag);
- u bent zwanger en moet in de laatste vier maanden van uw zwangerschap, voor uw bevalling of gedurende twaalf dagen daarna in het ziekenhuis worden opgenomen;
- voor uw pasgeborene, als hij binnen dertig dagen na de geboorte in het ziekenhuis wordt opgenomen;
- je wordt opgenomen in het ziekenhuis door een arbeidsongeval of een beroepsziekte;
- u wordt opgenomen in het ziekenhuis voor een langdurige ziekte;
- voor uw minderjarige kind, als hij is opgenomen in het ziekenhuis na seksueel misbruik;

- u ontvangt een pensioen voor een arbeidsongeval (met een arbeidsongeschiktheidsgraad gelijk aan of groter dan 66,66%). Ook uw nabestaanden profiteren van deze 100% dekking;
- u ontvangt een invaliditeitspensioen, een ongeldig weduwen- of weduwnaarspensioen, een ouderdomspensioen dat uw invaliditeitspensioen vervangt, of een militair pensioen;
- u bent afhankelijk van [het lokale regime van de Elzas-Moezel](#) ;
- u profiteert van Complementaire gezondheidssolidariteit (voorheen CMU-C en ACS) of staatsgeneeskundige hulp;
- u bent het slachtoffer van een terroristische daad en geniet van een volledige dekking voor de zorg rondom deze gebeurtenis, mits u in het bezit bent van een geldige verklaring.

Noteren

Wat uw situatie ook is, deze 100% dekking door de Zorgverzekering is niet van toepassing op het ziekenhuisforfait, wanneer het verschuldigd is, of op de kosten voor persoonlijk comfort.

Privéklinieken waarover geen overeenstemming is bereikt, zijn zeer weinig in Frankrijk. Als u echter voor dit type instelling kiest, moet u de volledige kosten aan de kliniek betalen.

De zorgverzekering vergoedt u dan 80% van uw verblijfskosten en medische kosten, op basis van de geldende tarieven.

Let op : privéklinieken die niet in overleg zijn hanteren hogere tarieven dan de huidige tarieven, de kosten die voor uw rekening blijven kunnen daardoor erg hoog zijn. Informeer bij uw ziekenfonds voor uw opname.

Thuishospitalisatie

Met Thuishospitalisatie (HAD) kunt u een ziekenhuisopname verkorten of vermijden. Als u aan de voorwaarden voldoet, vindt opname in HAH plaats op verzoek van uw behandelend arts of de ziekenhuisarts en na akkoord van de coördinerend arts van de afdeling HAH.

Met de HAD kunt u profiteren van een persoonlijk therapeutisch plan opgesteld door het medische team.

HAH maakt verschillende soorten zorg mogelijk:

- , **eenmalige zorg** met name bij een niet-gestabiliseerde ziekte en als u gedurende een vooraf bepaalde periode technische en complexe zorg nodig heeft (bijvoorbeeld: chemotherapie of antibiotische therapie);
- revalidatiezorg **aan huis** , met name na de acute fase van een neurologische of hartziekte, of orthopedische behandeling;
- palliatieve **zorg** : dit is ondersteuning bij het levenseinde, onderhoud en instandhouding die kan duren tot het levenseinde, of continue zorg, in het bijzonder voor een van uw naasten als deze lijdt aan een niet-gestabiliseerde ziekte (kanker, hart- of longziekte).

Houd er rekening mee dat er aan verschillende voorwaarden moet worden voldaan om van HAH te profiteren :

1. U moet woonachtig zijn in een geografisch gebied dat onder een thuishospitalisatiestructuur valt.
2. Uw woonsituatie moet HAD toelaten: er wordt een onderzoek ingesteld door de bijstand.

Thuishospitalisatie wordt aangeboden op schriftelijk medisch voorschrift en alleen met uw toestemming en/of die van uw familie.

De HAD kan worden aangevraagd:

- door uw behandelend arts;
- door de ziekenhuisarts (bijvoorbeeld na een ziekenhuisconsult of na een ziekenhuisopname).

Toelating tot HAD wordt beslist door de coördinerend arts van de dienst HAD op basis van een therapeutisch project, d.w.z. een geïndividualiseerd zorg- en ondersteuningsprogramma, volgens uw toestand, voorgesteld door de arts, coördinator en het zorgteam.

Als het oordeel van de coördinerend arts gunstig is, kunt u worden opgenomen in HAH.

De coördinerend arts speelt een centrale rol in HAH. Hij is het immers die de contacten met het ziekenhuis en de liberale artsen aan uw bed verzorgt en de coördinatie van de zorg organiseert. U kunt bij hem terecht voor elk specifiek verzoek met betrekking tot de structuur van HAD.

Ziekenhuisopname thuis wordt voor 80% gedekt door de ziektekostenverzekering, zoals elke ziekenhuisopname, tenzij u zich in een situatie bevindt die recht geeft op dekking voor 100% (vrijstelling van langdurige aandoening, enz.)

U kunt profiteren van de voorschotvrijstelling voor:

- de honoraria van de behandelende en gespecialiseerde artsen die u raadpleegt in het kader van uw HAH;
- farmaceutische kosten (geneesmiddelen verstrekt door uw apotheker of door de ziekenhuisapotheek, voor meer specifieke geneesmiddelen);
- de handelingen van biologische analyselaboratoria met betrekking tot uw HAH;
- de honoraria van paramedische beroepsbeoefenaren (verpleegkundige, verpleegkundig assistent, fysiotherapeut, verloskundige, logopedist etc.), indien een overeenkomst tot stand is gekomen;
- vervoer per ambulance, in opdracht van de HAD;
- dagopname;
- medische uitrusting;
- specifiek meubilair (medisch bed, ruststoel, enz.);
- wegwerpapparatuur en accessoires.

Zie ook: soorten ziekenhuisverblijven en te volgen procedures