



Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt: een stand van zaken

Gegevens 2018

Intermutualistisch Agentschap

Auteurs: Françoise De Wolf, Katelijne Ackaert, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Murielle Lona

Publicatiedatum: juni 2020



INHOUD

1	Inleiding.....	3
2	Methodologie	4
2.1	Brongegevens.....	4
2.2	Gegevensanalyse en presentatie.....	4
2.3	Beperkingen van het onderzoek.....	5
3	Resultaten: Kosten voor de patiënt	5
3.1	Totale bedragen ten laste voor de patiënt.....	5
3.1.1	Overzicht.....	5
3.1.2	Uitsplitsing van het totale bedrag ten laste van de patiënt per uitgavencategorie	6
3.2	Bedragen per verblijf ten laste van de patiënt	8
3.2.1	Gemiddeld bedrag per verblijf ten laste van een patiënt (alle verblijven, alle kamertypes)	8
3.2.2	Verdeling van het door de patiënt te betalen bedrag naar verblijf en naar uitgavencategorie (verstrekking/prestatie)	9
3.3	Impact van het type interventie op de rekening van de patiënt	11
3.4	Impact van het kamertype op de patiënten rekening	12
3.4.1	Keuze van het type kamer.....	12
3.4.2	Invloed van het kamertype op de rekening van de patiënt	14
3.5	Impact van het ziekenhuis op de patiënten rekening.....	15
3.6	Impact van het sociaal statuut (VT / niet VT) op de patiënten rekening.....	16
3.6.1	Ziekenhuisopnames per type verblijf en per kamertype, volgens het sociaal statuut van de patiënt	16
3.6.2	Impact van sociaal statuut en kamertype	17
3.7	Gevolgen voor de rekening volgens de leeftijd van de patiënt	18
3.7.1	Risico van ziekenhuisopname en type verblijf naar leeftijd	18
3.7.2	Gemiddelde rekening per verblijf naar leeftijd	19
4	Algemene bevindingen.....	20
5	Bijlagen - Tabellen – Grafieken	22

1 INLEIDING

Dit rapport bevat de eerste analyse van alle kosten ten laste van patiënten tijdens een ziekenhuisverblijf. Het in kaart brengen van de totale kostprijs laat ons toe eventuele financiële obstakels voor patiënten te identificeren. We analyseerden alle ziekenhuisverblijven, zowel klassieke ziekenhuisopnames als dagopnames, van alle personen die door de ziekteverzekering in België worden beschermd.

In een eerste fase heeft het Intermutualistisch Agentschap (IMA) op vraag van de conventiecommissie artsen-ziekenfondsen van het RIZIV (de medicomut) de ereloonsupplementen in acute ziekenhuizen in kaart gebracht. Deze analyse was het onderwerp van twee IMA-publicaties¹ die betrekking hadden op gegevens van respectievelijk 2015 en 2017. De resultaten werden gebruikt bij de besprekingen in de medicomut en de tripartiete werkgroep voor supplementen (met vertegenwoordigers van artsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen). Deze besprekingen hadden als doel maatregelen te definiëren om de transparantie voor de patiënt te verbeteren, de supplementen in specifieke situaties te corrigeren, en de stijging van de ereloonsupplementen te vertragen.

Voor de huidige analyse verruimden we onze invalshoek tot wat de patiënt daadwerkelijk moet betalen tijdens een ziekenhuisverblijf, niet enkel de ereloonsupplementen. U vindt een detail analyse van de evolutie van de ereloonsupplementen in een bijlage bij dit rapport.

Aangezien we de facturatiegegevens van 2018 analyseerden, houden we voorlopig geen rekening met de gevolgen van de invoering van “globale prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg” (die op 1/1/2019 in werking zijn getreden), noch met de gevolgen van de vorming van ziekenhuisnetwerken (begin 2020).

Sommige ziekenfondsen hebben online tools om de kosten van patiënten tijdens een traditionele ziekenhuisopname, of in dagziekenhuis, te vergelijken. Het gaat over de kosten voor de patiënt voor verschillende veel voorkomende ingrepen, per ziekenhuis, per kamercategorie en per sociaal statuut. De achterliggende gegevens zijn afkomstig van een steekproef van de bevolking (de eigen leden). Voor een aantal frequente interventies zullen de IMA-resultaten voor de volledige bevolking worden toegevoegd in deze online tools. Ook op de IMA Atlas website kan u deze terugvinden.

¹ Monitoring van de ereloonsupplementen tijdens ziekenhuisverblijven - Stand van zaken – Rapport t.a.v de medicomut, 2017

Ereloonsupplementen geattesteerd tijdens ziekenhuisverblijven - data 2017 - IMA, 2018

2 METHODOLOGIE

2.1 BRONGEGEVENS

De geanalyseerde gegevens hebben betrekking op alle diensten die werden gefactureerd voor ziekenhuisverblijven in 2018:

- Prestaties voor ziekenhuisverblijven tijdens het jaar 2018 of voor verblijven met een opnamedatum in 2018
- Gefactureerd in 2018 of in het 1e kwartaal van 2019
- Gefactureerd aan de ziekenfondsen of aan patiënten aangesloten bij een ziekenfonds:
 - Bedragen die door de ziekteverzekering worden vergoed voor door de ziekteverzekering terugbetaalde zorgen
 - De twaalfden die aan de ziekenhuizen worden betaald in het kader van de vereffening van de begroting van de financiële middelen van de ziekenhuizen worden niet in aanmerking genomen
 - Remgelden ten laste van de patiënt voor door de ziekteverzekering terugbetaalde zorgen
 - Niet-terugbetaalde supplementen ten laste van de patiënt
- Gefactureerd door één van de 102 acute ziekenhuizen met een afzonderlijk erkenningsnummer voor
 - klassieke ziekenhuisverblijven
 - chirurgisch dagziekenhuis
 - niet-chirurgisch dagziekenhuis: maxiforfait, forfait 1 tot 7, forfait chronische pijn (met uitzondering van gipskamerforfait, forfait voor poortkatheter, enz.).

2.2 GEGEVENSANALYSE EN PRESENTATIE

In de analyse wordt onderscheid gemaakt tussen remgelden en supplementen.

- Met **remgelden** bedoelen we de wettelijke persoonlijke bijdrage die wordt opgelegd voor verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen, implantaten (inclusief de leveringsmarge en veiligheidsmarge). Deze remgelden vertegenwoordigen een bepaald deel van de overeengekomen tarieven voor terugbetaalbare diensten, of zijn van forfaitaire aard, zoals het geval is voor geneesmiddelen. Bovendien worden de remgelden in aanmerking genomen voor terugbetalingen in het kader van de Maximumfactuur.
- Onder **supplementen** worden niet alleen tariefsupplementen boven de overeengekomen tarieven verstaan, maar ook materiaalsupplementen, kamersupplementen voor eenpersoonskamers, niet-vergoedbare geneesmiddelen (categorie D) en andere niet-vergoedbare diensten (honoraria, materiaal, diverse kosten, enz.).
- Het bedrag van de **vergoeding van het RIZIV**, dat ter informatie in verschillende tabellen is opgenomen, komt overeen met het bedrag dat door het ziekenhuis wordt gefactureerd en door de ziekteverzekering wordt gedekt. Aangezien het deel van de kosten van het verblijf dat via de "twaalfden" wordt betaald, niet op de facturen voorkomt, wordt het niet in aanmerking genomen bij de analyse.
- De **kamercategorie** wordt als volgt bepaald: voor klassieke verblijven wordt de eenpersoonskamer toegewezen aan verblijven waarvoor de code 761644 wordt gefactureerd. Voor daghospitalisatie worden verblijven waarvoor geen kamertoeslag wordt aangerekend, ook beschouwd als eenpersoonskamerverblijven naast verblijven waarvoor code 761633 wordt aangerekend. Sommige ziekenhuizen brengen namelijk geen kosten in rekening voor een eenpersoonskamer die in daghospitalisatie wordt toegekend.

De gegevens worden gepresenteerd in tabellen en grafieken, en sommige resultaten worden gevisualiseerd met behulp van een BoxPlot, waarvan de definitie in bijlage 1 is opgenomen.

2.3 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Ambulante verstrekkingen en andere kosten die buiten het ziekenhuis worden gemaakt (polikliniek, spoeddiensten, enz.) vóór de opname of na het ontslag (met name preoperatieve onderzoeken en andere kosten zoals apotheek, fysiotherapie, enz.) worden bij de analyse niet in aanmerking genomen.

Bij gebrek aan gecodeerde medische gegevens van de ziekenhuizen konden geen analyses per pathologie worden uitgevoerd. De analyses zijn beperkt tot bepaalde interventies die door RIZIV-nomenclatuurcodes worden geïdentificeerd.

3 RESULTATEN: KOSTEN VOOR DE PATIËNT

We brachten alle kosten in kaart die de patiënt moet dragen tijdens een klassiek ziekenhuisverblijf of dagopname in een acuut ziekenhuis. In wat volgt vindt u eerst een macro-overzicht van de situatie en vervolgens de gemiddelde kosten van een verblijf. Verder wordt de impact van bepaalde elementen op de rekening van de patiënt van nabij bestudeerd, in het bijzonder: de pathologie (interventie), de kamerkeuze, het ziekenhuis, het sociale statuut van de patiënt, en de leeftijd van de patiënt.

3.1 TOTALE BEDRAGEN TEN LASTE VOOR DE PATIËNT

3.1.1 Overzicht

In totaal werd in 2018 1,35 miljard euro gefactureerd aan patiënten tijdens acute ziekenhuisverblijven, terwijl 5,76 miljard euro² (*) wordt gedekt door de ziekteverzekering (tabel 1). Dit door de patiënt betaalde bedrag (1,35 miljard euro) bestaat voor 1/3 uit remgelden en voor 2/3 uit supplementen.

Tabel 1: Totale bedragen per type verblijf

	ZIV terugbetaling (Miljoen euro) (1)	Remgeld (Miljoen euro) (2)	Supplementen (Miljoen euro) (3)	Totaal patiënt (Miljoen euro) (2+3)	Totaal (Miljoen euro) (1+2+3+)
Klassieke Verblijven	3.963 (*)	372	769	1.142	5.105
Chirurgische daghospitalisatie	455 (*)	37	74	111	567
Niet chir daghospitalisatie	1.340	30	66	96	1.436
Totaal	5.758	439	910	1.349	7.107

(*) Dit bedrag is exclusief het vaste deel van het BFM dat maandelijks rechtstreeks aan de ziekenhuizen wordt betaald.

- Het grootste deel (85%) van het bedrag dat aan patiënten wordt aangerekend, heeft betrekking op de traditionele ziekenhuisopname (1,1 miljard euro).
- Het bedrag aan supplementen (910 miljoen euro) is twee keer zo hoog als het bedrag aan remgelden (439 miljoen euro).
- Het totale bedrag dat de patiënt moet betalen (remgelden + supplementen) bedraagt 522 miljoen euro (39%) voor verblijven (standaard + daghospitalisatie) in een gedeelde kamer en 826 miljoen euro (61%) voor verblijven in een eenpersoonskamer³, ondanks het feit dat ongeveer één op de zeven verblijven in een eenpersoonskamer is (één op de vijf voor een klassieke hospitalisatie) (zie verder).

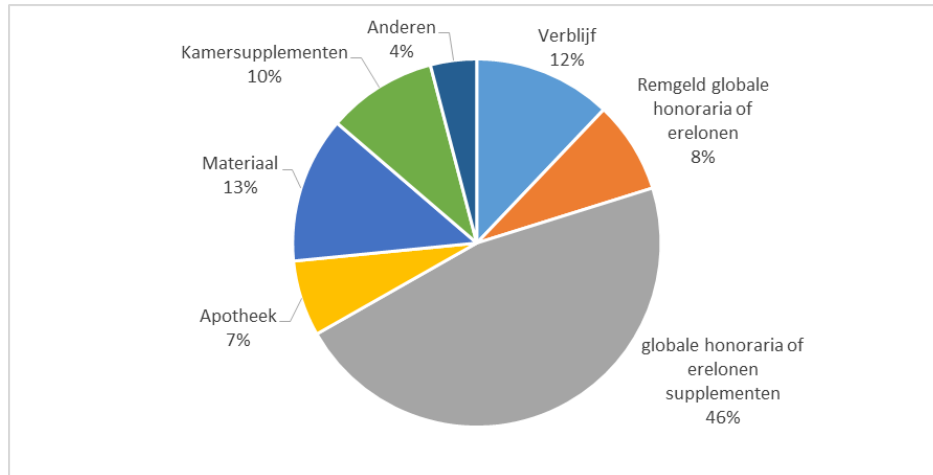
² Exclusief twaalfden betaald aan ziekenhuizen

³ Deze gegevens blijken uit onze berekeningen, maar zijn niet opgenomen in tabel 1

3.1.2 Uitsplitsing van het totale bedrag ten laste van de patiënt per uitgavencategorie

De uitsplitsing van het bedrag volgens de belangrijkste uitgavencategorieën maakt het mogelijk om de belangrijkste elementen te identificeren die op de rekening van de patiënt wegen.

Grafiek 1: Uitsplitsing van het totale door de patiënt te betalen bedrag (1,35 miljard euro) naar de belangrijkste dienstencategorieën



Bovenstaande uitsplitsing van de 1,35 miljard euro die door de patiënten wordt betaald, toont het gewicht van de erelonen (55%), gevolgd door de kosten voor materiaal (13%), de verblijfskosten (12%) en de kamertoelagen (10%).

Deze door de patiënt betaalde kosten, remgelden en supplementen, komen bovenop de bedragen die door de ziekteverzekering worden gedekt (RIZIV-vergoeding).

Tabel 2: Uitsplitsing van het totale bedrag per uitgavencategorie, met inbegrip van de door de ziekteverzekering gedekte bedragen

	ZIV terugbetaling (1)	Remgeld (2)	Supplementen (3)	Totaal (1+2+3+)	Totaal patiënt (2+3)	
	(Miljoen euro)	(Miljoen euro)	(Miljoen euro)	(Miljoen euro)	(Miljoen euro)	totaal 1+2+3)
Verblijf *)	693	163	0	857	163	19%
Globale honoraria of erelonen	3.170	109	628	3.907	737	19%
Apotheek	1.205	13	77	1.295	90	7%
Materiaal	658	152	21	831	173	21%
Kamersupplementen	0	0	130	130	130	100%
Anderen	32	2	53	87	55	63%
Totaal	5.758	439	910	7.107	1.349	19%

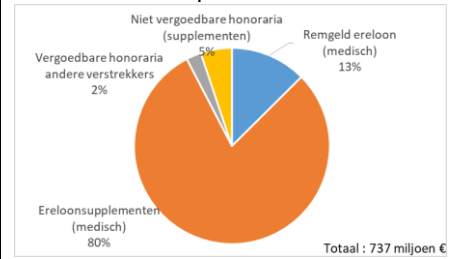
(*) Dit bedrag is exclusief de twaalfden, d.w.z. 80% van de kosten van het verblijf dat maandelijks aan de ziekenhuizen wordt betaald voor klassieke verblijven en (chirurgische) dagverblijven.

Tabel A.1. in bijlage 2 geeft de verdeling van deze bedragen volgens het soort verblijf (klassiek, chirurgisch daghospitaal, niet-chirurgisch daghospitaal).

Globaal ereloon

De globale erelonen bevatten de vergoedbare medische honoraria, maar ook vergoedbare honoraria van andere verstrekkers (tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen, logopedisten, bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens) en niet-vergoedbare honoraria⁴ (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). De vergoedbare medische honoraria en supplementen erop vormen het grootste deel van de globale honoraria.

Ten laste van de patiënt



Hoewel de remgelden van de globale erelonen (109 miljoen euro) beperkt zijn tot 3,3% van het RIZIV-tarief (3.279 miljoen euro) tijdens de ziekenhuisverblijven, stijgen de kosten van de patiënten tot 19% van het totale bedrag door de supplementen (ereloonsupplementen en niet-terugbetaalbare vergoedingen) (tabel 2).

De medische ereloonsupplementen (588 miljoen euro), die 80% van de totale erelonen (737 miljoen euro) ten laste van de patiënten uitmaken, wegen bijzonder zwaar op de patiënten rekening (44% van de 1,35 miljard euro die aan de patiënten wordt aangerekend). De niet-vergoedbare erelonen bedragen 38 miljoen euro en ereloonsupplementen op niet-medische erelonen 2 miljoen euro. Rengelden (109 miljoen euro) zijn goed voor 15% van de totale erelonen ten laste van de patiënt.

Uit de gedetailleerde analyse van de medische ereloonsupplementen in de bijlage bij het rapport blijkt dat de groei van deze supplementen tussen 2017 en 2018 (+4,4%) hoger is dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de supplementen over de periode 2015-2017 (3%) **en hoger dan de 3% stijging van de officiële honoraria tussen 2017 en 2018. De ereloonsupplementen bereikten in 2018 18,4% van de officiële honoraria.**

Tabel 3: Uitsplitsing van de totale honoraria volgens het type dienstverlener (arts/andere verstrekkers) en de dekking door het RIZIV (terugbetaalbaar/niet-terugbetaalbaar)

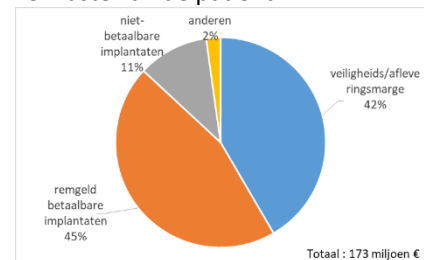
	Rengeld (miljoen euro) (1)	Supplementen (miljoen euro) (2)	Totaal patiënt (miljoen euro) (1+2)
Vergoedbaar ereloon (medisch)	93	588	681
Vergoedbaar ereloon, andere verstrekkers	16	2	18
Niet vergoedbaar ereloon	0	38	38
Globaal ereloon	109	628	737

Materiaal

De veiligheidsmarge en de afleveringsmarge vertegenwoordigen bijna de helft van **de 152 miljoen euro aan remgelden** op materiaal.

Inbegrepen in "materiaal" zijn terugbetaalbare implantaten en andere medische producten (gipsband, actieve verbanden) en niet-terugbetaalbare implantaten of materiaal (960234, 960245, 960536, 960540, 961273, 961284). Supplementen op implantaten zijn voorzien in de regelgeving. Ze komen overeen met niet-terugbetaalbare implantaten, waarvan het bedrag is geplafonneerd, ongeacht de verstrekker, het ziekenhuis en het type kamer.

Ten laste van de patiënt



⁴ Bijvoorbeeld niet-terugbetaalbare klinische biologische verstrekkingen.

Verblijf

De remgelden voor het verblijf vertegenwoordigen **19%** van het totale bedrag.

Dit zijn het bedrag per opname en het bedrag per dag voor klassieke verblijven en het chirurgisch dagziekenhuis, evenals forfaits voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis (forfaits 1 t / m 7, oncologie, chronische pijn) (Totaal: 857 miljoen euro). Deze bedragen zijn voornamelijk bedoeld om hotel- en zorgkosten te dekken. De eigen bijdrage wordt alleen gefactureerd voor klassieke verblijven (Totaal: € 163 miljoen). Ze variëren afhankelijk van het sociaal statuut van de patiënt en de verblijfsduur.

Eenpersoonskamer

De kamertoeslagen bedragen **130 miljoen euro**, voor 479.926 verblijven (klassiek + dagziekenhuis) in eenpersoonskamers.

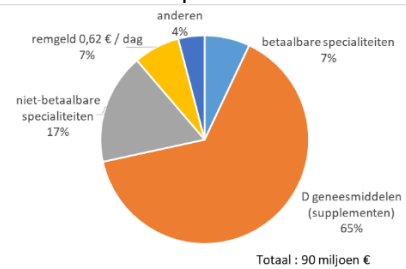
Dit zijn dagelijkse toeslagen (code 761633 en 761644) die in rekening worden gebracht aan de patiënt die ervoor kiest om in een eenpersoonskamer te verblijven. Dit bedrag wordt vrij vastgesteld door het ziekenhuis en is evenredig met de verblijfsduur. Het kan aanzienlijk verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis of binnen hetzelfde ziekenhuis.

Apotheek

De RIZIV-vergoedingen voor de apotheek (1.205 miljoen euro) bedragen 93% van het totale bedrag (1.295 miljoen euro). **Niet-terugbetaalbare supplementen (77 miljoen euro)** vertegenwoordigen **6%**, en remgelden (13 miljoen euro) bedragen niet meer dan 1% van het totale bedrag.

Terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten en andere farmaceutische diensten: magistrale bereidingen, wachthonoraria, medische voeding, bloed en bloedproducten, zuurstof, diverse farmaceutische diensten en diverse niet-terugbetaalbare farmaceutische producten (961236, 961240, 961306, 961310, 961321)

Ten laste van de patiënt



Anderen

De overige kosten (55 miljoen euro) bestaan voornamelijk uit niet-terugbetaalbare diensten.

Andere niet-terugbetaalbare diensten: dit zijn meestal andere diverse kosten (93% van andere niet-vergoedbare diensten), transportkosten, lichaamsmateriaal, enz.

3.2 BEDRAGEN PER VERBLIJF TEN LASTE VAN DE PATIËNT

De analyse van het gefactureerde bedrag per verblijf maakt het mogelijk om de financiële last te beoordelen die de patiënt (persoonlijk of met tussenkomst van een hospitalisatieverzekering) moet dragen in geval van een ziekenhuisopname. Specifieke analyses zijn gewijd aan verschillende factoren die de grote verschillen in de gefactureerde bedragen verklaren, met name de pathologie (interventie), de kamerkeuze, het ziekenhuis, het sociaal statuut, de leeftijd van de patiënt.

3.2.1 Gemiddeld bedrag per verblijf ten laste van een patiënt (alle verblijven, alle kamertypes)

Het gemiddeld bedrag ten laste van de patiënt (totaal bedrag gedeeld door het aantal verblijven, alle verblijven samen) maakt het mogelijk om verschillende factoren te vergelijken. Zoals we hieronder zullen zien, is het niet mogelijk een standaard tarief te bepalen.

Tabel 4: Gemiddeld bedrag per verblijf, per type verblijf en uitkeringscategorie

	Remgeld	Supplementen	Totaal patiënt
Klassieke Verblijven			
Verblijf	89 €	0 €	89 €
Globale honoraria of erelonen	49 €	290 €	339 €
Apotheek	3 €	34 €	37 €
Materiaal	62 €	7 €	69 €
Kamersupplementen	0 €	67 €	67 €
Anderen	1 €	26 €	27 €
Totaal	204 €	424 €	628 €
Chirurgische daghospitalisatie			
Verblijf	0 €	0 €	0 €
Globale honoraria of erelonen	7 €	87 €	94 €
Apotheek	3 €	14 €	17 €
Materiaal	49 €	10 €	59 €
Kamersupplementen	0 €	5 €	5 €
Anderen	0 €	4 €	4 €
Totaal	59 €	121 €	180 €
Niet chirurgische daghospitalisatie			
Verblijf	0 €	0 €	0 €
Globale honoraria of erelonen	11 €	35 €	46 €
Apotheek	3 €	5 €	8 €
Materiaal	7 €	2 €	9 €
Kamersupplementen	0 €	3 €	3 €
Anderen	0 €	2 €	2 €
Totaal	21 €	47 €	69 €

Het gemiddeld bedrag dat de patiënt moet betalen is 628 euro voor een klassiek verblijf in het ziekenhuis, inclusief 204 euro aan remgelden en 424 euro aan supplementen. In het daghospitaal bedragen de gemiddelde kosten 180 euro en 69 euro voor respectievelijk een chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie.

Deze gemiddelden verhullen aanzienlijke verschillen tussen de verblijven omdat :

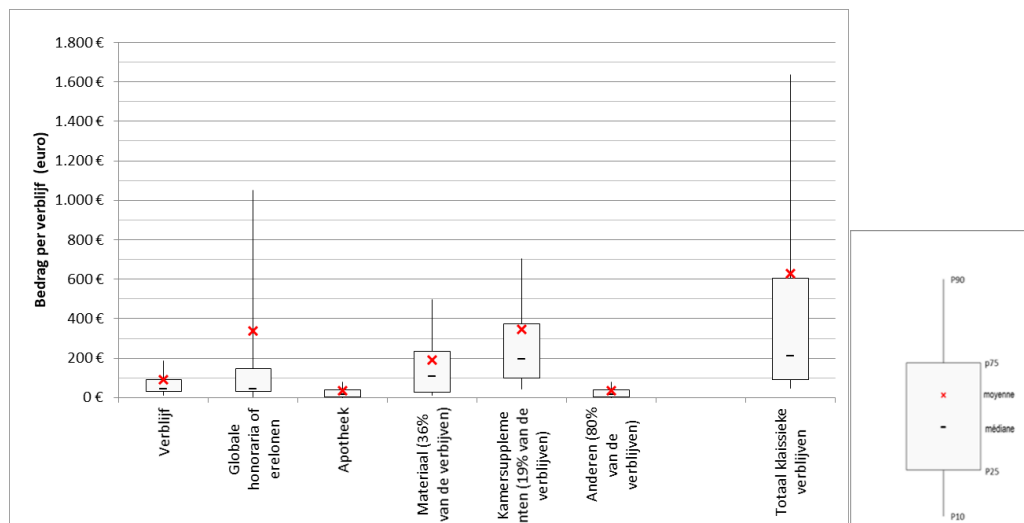
- bepaalde categorieën van diensten slechts betrekking hebben op een deel van het verblijf (bijvoorbeeld toeslagen voor een eenpersoonskamer, ereloon-supplementen, uitrusting, etc.);
- verschillende factoren een impact hebben op de factuur (pathologie, verblijfsduur, ziekenhuis...).

De verdeling van het bedrag dat aan de patiënt in rekening wordt gebracht, toont deze verschillen aan.

3.2.2 Verdeling van het door de patiënt te betalen bedrag naar verblijf en naar uitgavencategorie (verstrekking/prestatie)

De resultaten worden gepresenteerd in de vorm van een Boxplot-grafiek, die in **bijlage 1** wordt toegelicht.

De totale rekening varieert aanzienlijk tussen de verblijven.

Grafiek 2: Verdeling van de patiëntkosten per verblijf en de verschillende onderdelen ervan, klassieke verblijven


Voor een klassiek verblijf is de rekening ongeveer 200 euro voor het mediane verblijf, maar voor 1 verblijf op 10 bedraagt de rekening meer dan 1.600 euro.

Verschillen in de totale factuur zijn het gevolg van de variabiliteit van de gefactureerde bedragen voor elk onderdeel van de factuur.

De verdeling van de kosten voor de verschillende prestatiecategorieën wordt berekend voor de betrokken verblijven (bijvoorbeeld: de verdeling van de kamertoeslagen wordt berekend voor verblijven in eenpersoonskamers). Het aandeel van deze verblijven (ten opzichte van het totaal aantal verblijven) wordt ter informatie in de grafiek vermeld.

Voor de meeste categorieën is het percentiel 90 ongeveer 4 tot 5 keer hoger dan het mediaanbedrag. Dit betekent dat in 1 op de 10 verblijven minstens 4 tot 5 keer meer dan de helft van alle verblijven in rekening wordt gebracht (zie tabel A.2. in bijlage 2).

- Voor de totale medische erelonen zijn deze verschillen veel groter, aangezien het percentiel 90 1.050 euro bedraagt. Dat wil zeggen: 23 keer hoger dan de mediaan van 45 euro (effect van de ereloon-supplementen gebonden aan de keuze van de kamer-categorie).
- Hoewel kamersupplementen slechts in 1 op de 5 verblijven worden aangerekend, kunnen deze hoog zijn in het geval van een verblijf in een eenpersoonskamer. Ze bedragen meer dan 195 euro voor de helft van de verblijven in een eenpersoonskamer, en zelfs 700 euro voor 1 op de 10 van dit type verblijven.
- Ook de kosten van het materiaal worden voor 1 op de 3 klassieke verblijven op de rekening gezet, met bedragen die hoog kunnen oplopen: meer dan 500 euro voor 1 op de 10 betrokken verblijven.

De bevindingen voor daghospitalisaties zijn vergelijkbaar (zie tabel A.2. bijlage 2).

Deze uitgaven voor de verschillende categorieën van prestaties kunnen de rekening van de patiënt sterk doen stijgen.

Tabel 5: Aantal verblijven volgens het totale bedrag van de patiënten factuur.

Bedrag patiënt factuur	Aantal klassieke verblijven	Aantal daghospitalisatie	Aantal patiënten (*)
Aantal	1.808.214	2.014.977	2.152.387
0€ tot 1.000€	1.496.465	1.887.884	1.771.484
1.000 tot 3.000 €	238.031	40.963	276.160
3.000 € tot 5.000 €	47.121	1.685	54.426
5.000 € tot 10.000 €	19.493	411	26.277
10.000 € tot 30.000 €	4.353	19	7.616
30.000 € en meer	99		227

(*) Cumulatie van alle verblijven (klassieke en/of daghospitalisatie) per patiënt in 2018.

- Voor 23.945 klassieke verblijven bedraagt de totale rekening van de patiënt meer dan 5.000 euro en voor 99 verblijven meer dan 30.000 euro.
- Het aantal zeer hoge rekeningen bij daghospitalisatie is ook belangrijk, met 430 verblijven van meer dan 5.000 euro.
- 227 patiënten kregen een factuur van meer dan 30.000 euro voor hun volledige verblijf in het ziekenhuis in 2018 (exclusief ambulante kosten).

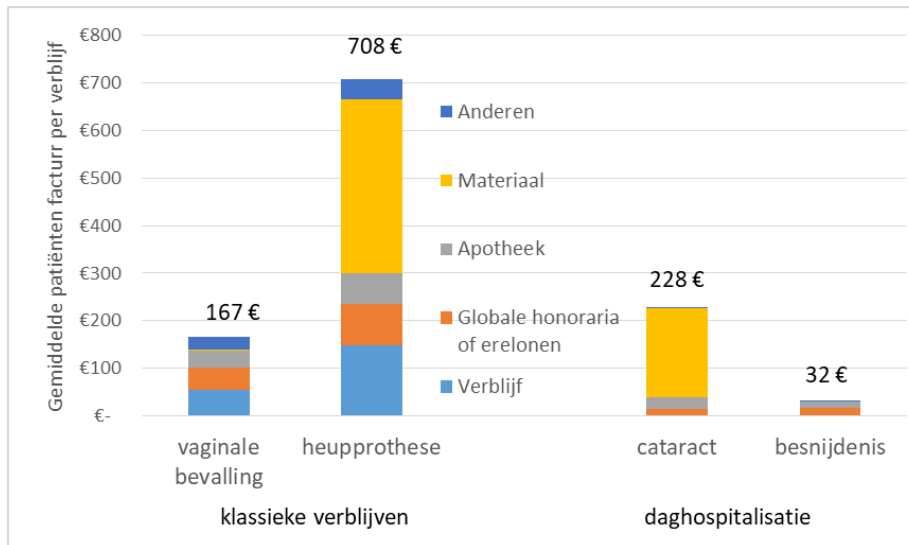
Bepaalde kosten die aan de patiënt in rekening worden gebracht, houden rechtstreeks verband met de kamercategorie (kamertoeslagen en ereloon-supplementen). Aan de andere kant beïnvloeden andere elementen, onafhankelijk van de keuze van de patiënt, zoals de uit te voeren ingreep, deze kosten. Dit wordt in het volgende punt besproken.

3.3 IMPACT VAN HET TYPE INTERVENTIE OP DE REKENING VAN DE PATIËNT

De prestaties die tijdens het verblijf worden uitgevoerd en de kenmerken van het verblijf (type en duur van het verblijf) zijn afhankelijk van de pathologie, de gezondheidstoestand van de patiënt en het ziekenhuis. Deze bepalen dus grotendeels de rekening van de patiënt, naast de kosten die verband houden met het type kamer.

Een vergelijking van de gemiddelde kosten van vier frequente ingrepen (standaardverblijf voor vaginale bevalling, heupprothese en daghospitalisatie voor cataract en besnijdenis), in een gemeenschappelijke kamer, brengt de variatie in kosten per type ingreep aan het licht (de impact van de kamercategorie zal worden onderzocht in punt 3.4.). Deze gemiddelden zijn louter indicatief. De kosten kunnen met name verschillen naar gelang van het gebruikte materiaal, de moeilijkheden die zich tijdens de operatie voordoen, enz.

Grafiek 3: Vergelijking van de kosten voor de patiënt voor 4 ingrepen in een gemeenschappelijke kamer: vaginale bevalling, heupprothese, cataract en besnijdenis



- De patiënt betaalt het remgeld voor het klassiek ziekenhuisverblijf. Het hangt af van de verblijfsduur. Patiënten die in het daghospitaal verblijven betalen echter geen remgeld voor het verblijf.
- De erelonen in de gemeenschappelijke kamers hangen vooral af van het type interventie.
- Materiaal wordt alleen in rekening gebracht voor verblijven waarbij dit nodig is. De kosten van het materiaal kunnen aanzienlijk oplopen, zoals bij een heupprothese (52% van de rekening) of cataract (82% van de rekening).
- De impact van andere uitgaven (apothek en andere) is beperkter voor de onderzochte interventies.

Naast de pathologie en de gezondheidstoestand van de persoon is de keuze van het kamertype een bepalende factor voor de hoogte van de patiënten factuur. We bespreken dit in het volgende punt.

3.4 IMPACT VAN HET KAMERTYPE OP DE PATIËNTEN REKENING

De kamertoeslagen en de ereloon-supplementen (terugbetaalbare medische ereloon-supplementen) worden meestal toegevoegd aan de rekening van de patiënt die op zijn verzoek in een eenpersoonskamer verblijft. Deze supplementen kunnen niet worden gefactureerd voor een twee- of meerpersoonskamer.

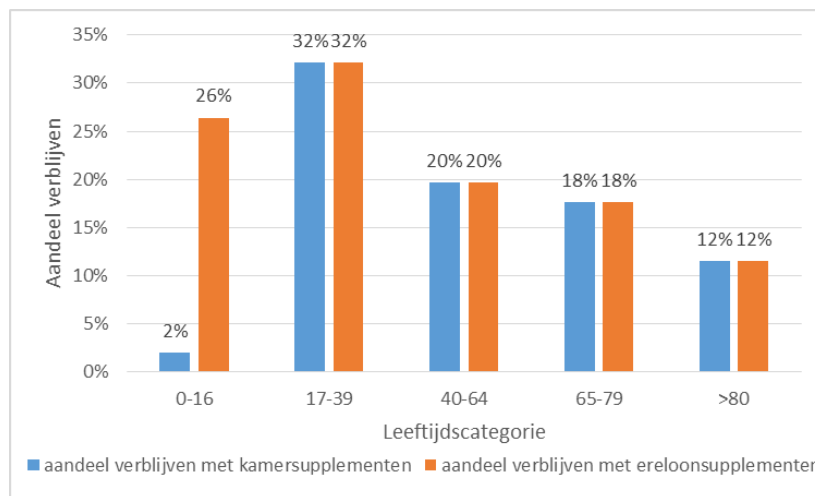
De overige posten op de patiënten rekening zijn in principe onafhankelijk van het kamertype.

Gezien het gebrek aan uniformiteit in de registratie van kamertype in daghospitalisatie, hebben de volgende resultaten enkel betrekking op de klassieke ziekenhuisopname. Enkele resultaten met betrekking tot daghospitalisatie staan in bijlage 2, in de veronderstelling dat de verblijven met extra kosten in eenpersoonskamers plaatsvonden.

3.4.1 Keuze van het type kamer

Verblijven in eenpersoonskamers vertegenwoordigen 19% van de klassieke verblijven, met variaties afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en de ingreep.

Grafiek 4: Vergelijking van het aandeel van klassieke verblijven met kamersupplementen met het aandeel van verblijven met ereloon supplementen, volgens de leeftijdsgroep van de patiënt



Het aandeel van verblijven in eenpersoonskamers is het hoogst onder jongvolwassenen en neemt dan af met de leeftijd. Deze verblijven geven over het algemeen aanleiding tot supplementen op de terugbetaalbare medische erelonen.

Kinderen⁵ profiteren van een speciale bescherming tegen kamersupplementen: ze kunnen in een eenpersoonskamer met een ouder (moeder-kindkamer) verblijven zonder dat ze een kamersupplement moeten betalen. Dit verklaart waarom slechts 2% van de verblijven van kinderen van 0 tot 16 jaar onderworpen zijn aan een kamersupplement. Gezien het gebrek aan uniformiteit in de facturatieprocedure voor deze moeder-kindkamers⁶ is het voor ons onmogelijk om het aantal verblijven in dit type kamer te bepalen.

Anderzijds zijn deze kinderen niet beschermd tegen extra kosten⁷, die in rekening worden gebracht voor 1 op de 4 verblijven.

De keuze van een eenpersoonskamer heeft belangrijke financiële gevolgen voor de patiënt.

⁵ Volgens het Kinderopvangprogramma AR 2016, dat nog steeds van kracht is:

a) kinderen: minderjarigen die de leeftijd van 15 jaar nog niet hebben bereikt;
 b) Minderjarigen tussen 15 en 18 jaar met een chronische aandoening moeten, in overleg met de dienstdoende hoofdarts, de keuze krijgen om zich te laten behandelen in een verzorgingsafdeling voor volwassenen of een verzorgingsafdeling voor kinderen.

We hebben ervoor gekozen om kinderen te beschouwen als behorend tot de leeftijdscategorie 0-16 jaar voor deze IMA-studie.

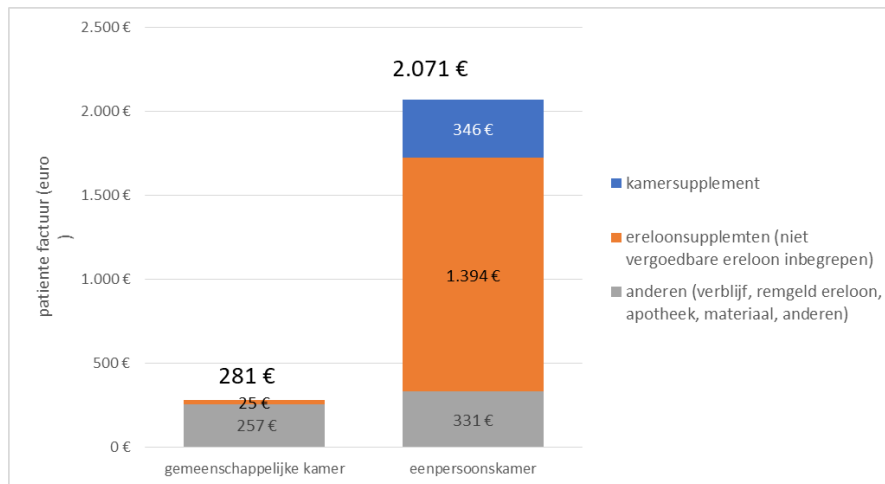
⁶ Sommige ziekenhuizen rekenen de toeslagcode voor privékamers met een nihil bedrag voor moeder-kindkamers, terwijl andere ziekenhuizen niets in rekening brengen.

⁷ Als bij opname van een kind in het ziekenhuis met een ouder uitdrukkelijk wordt gekozen voor een eenpersoonskamer en het kind en de begeleidende ouder daadwerkelijk op zo'n kamer verblijven, kan het ziekenhuis geen kamertoeslag in rekening brengen. Elke arts die betrokken is bij de behandeling kan echter ereloon supplementen in rekening brengen.

3.4.2 Invloed van het kamertype op de rekening van de patiënt

De gemiddelde kosten van een verblijf in een eenpersoonskamer zijn 2.071 euro, 7 keer meer dan de 281 euro in een andere kamer.

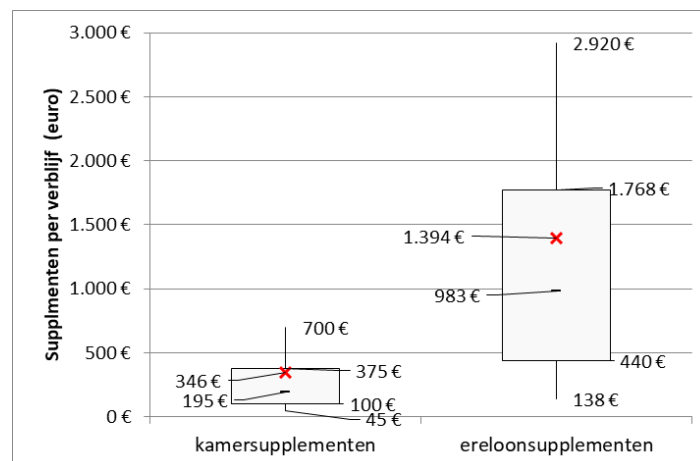
Grafiek 5: Impact van het kamertype op de gemiddelde factuur



De meerprijs is het resultaat van de kamersupplementen (gemiddeld 346 euro), maar vooral van de ereloon-supplementen van gemiddeld 1.394 euro (grafiek 5), dus 4 keer meer dan de kamersupplementen.

Deze supplementen dragen aanzienlijk bij tot de factuur, maar ze variëren ook aanzienlijk, met name door de verschillen in het prijsbeleid van elk ziekenhuis (eenpersoonskamerprijs, percentage van de ereloon-supplementen).

Grafiek 6: Verdeling van de kamertoeslagen en ereloon-supplementen voor klassieke eenpersoonskamerverblijven



- De hoogte van het kamersupplement is afhankelijk van de duur van het verblijf, het ziekenhuis en de keuze van de kamer binnen het ziekenhuis. Dit zijn vaste prijzen per dag, die de patiënt vooraf te weten kan komen. Deze prijzen variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis, en in sommige gevallen binnen een ziekenhuis. Het varieert van 45 euro per dag voor een standaard eenpersoonskamer in sommige ziekenhuizen tot 330 euro per dag voor een luxe suite in andere ziekenhuizen. Informatie over het dagtarief is beschikbaar, maar de patiënt kent de duur van het verblijf niet van tevoren met zekerheid, vooral in complexe situaties.
- De ereloon-supplementen zijn afhankelijk van het prijsbeleid van het ziekenhuis (% van de erelonen) en van de geleverde prestaties (variëren afhankelijk van de pathologie, maar ook van elke

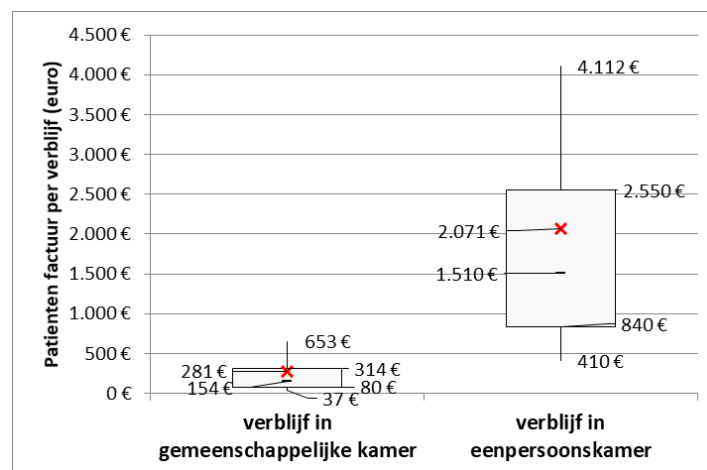
individuele patiënt, bijvoorbeeld bij complicaties, meervoudige pathologieën, etc.). Er zijn aanzienlijke verschillen naargelang de pathologie, het ziekenhuis, maar ook tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis voor dezelfde pathologie (zie grafiek 8. Vaginale bevalling in een eenpersoonskamer).

- Meer dan 10.700 klassieke verblijven overschrijden de 5.000 euro aan ereloon-supplementen in 2018 (+8% ten opzichte van 2017), terwijl het aantal verblijven met ereloon-supplementen onder de 1.000 euro met 8% is gedaald. In het daghospitaal komt de daling van het aantal verblijven met ereloon-supplementen vooral tot uiting in een daling van het aantal verblijven met ereloon-supplementen onder de 1.000 euro (-6%). In 2018 overschreden 1.857 ziekenhuisverblijven 10.000 euro aan supplementen (zie bijlage).

Patiënten maken hun keuze voor een kamertype en worden ten laatste bij de opname op de hoogte gebracht van de prijs van een eenpersoonskamer. De patiënt heeft echter geen precieze informatie over de hoogte van de ereloon-supplementen, die hoger zijn dan de kamersupplementen en die sterk variëren.

De variatie in de kamersupplementen in eenpersoonskamers, en vooral in de ereloon-supplementen, leidt tot zeer grote verschillen in de kosten die een patiënt betaalt voor een verblijf.

Grafiek 7: Verdeling van de patiënten rekening volgens kamertype, klassieke verblijven



De mediane kosten per patiënt zijn 10 keer hoger in eenpersoonskamers (1.510 euro) dan in andere kamertypes (154 euro).

In 2018 betaalde 80% van de patiënten tussen 410 euro en 4.112 euro voor een klassiek verblijf in een eenpersoonskamer (grafiek 7). Voor 1 op de 100 patiënten bedroeg dit meer dan 10.812 euro.

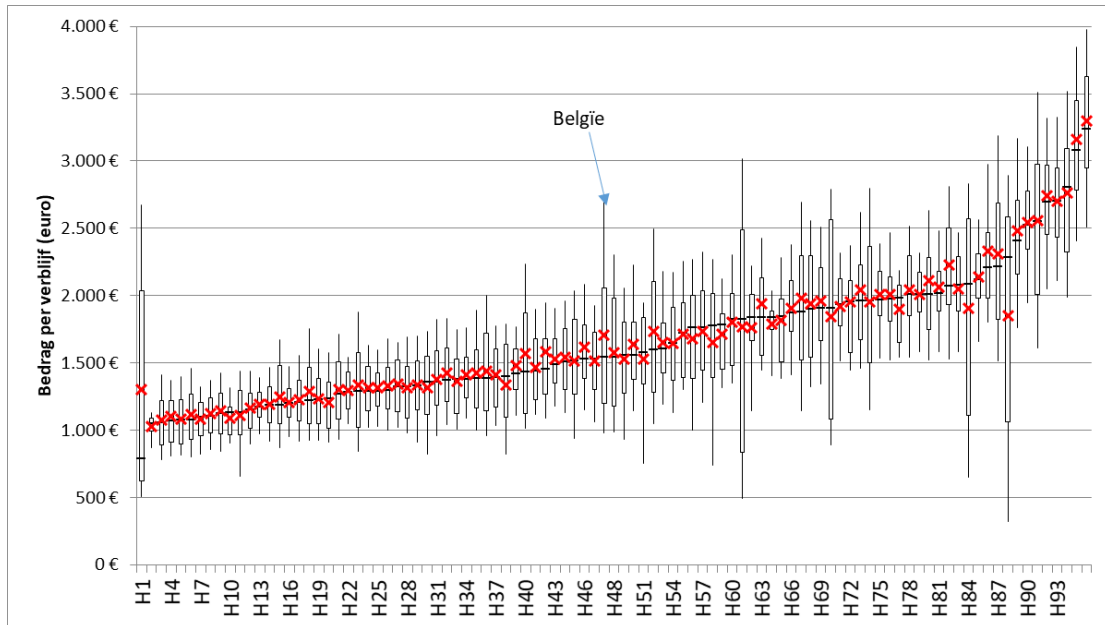
3.5 IMPACT VAN HET ZIEKENHUIS OP DE PATIËNTEN REKENING

De totale rekening van de patiënt varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis, ook voor routine ingrepen, met name voor verblijven in eenpersoonskamers, aangezien elk ziekenhuis vrij is om de prijs van zijn eenpersoonskamers en zijn tariefbeleid met betrekking tot de supplementen te bepalen.

In sommige gevallen is het de patiënt die het ziekenhuis kiest waar hij of zij wil worden opgenomen. Het is echter niet altijd de patiënt die deze keuze maakt (cf. de nood aan zeer gespecialiseerde zorg, enz.). Toch heeft deze keuze gevolgen voor het bedrag van zijn factuur.

Het voorbeeld van een vaginale bevalling in een eenpersoonskamer illustreert de verschillen tussen de ziekenhuizen, maar ook de aanzienlijke verschillen tussen de verblijven in eenzelfde ziekenhuis.

Figuur 8: Vergelijking tussen ziekenhuizen voor vaginale bevalling in eenpersoonskamer



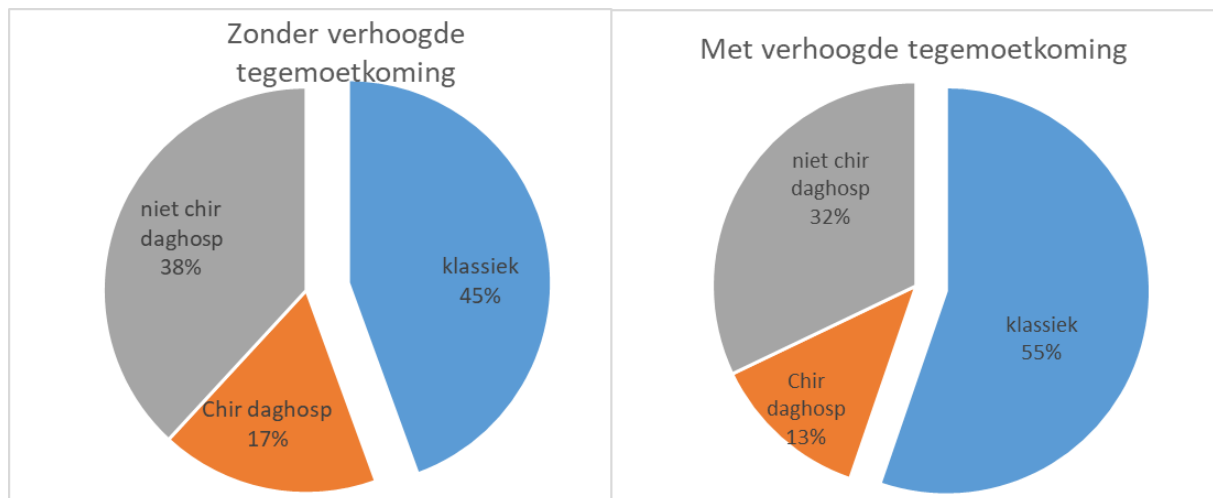
De mediane patiënten rekening varieert van ongeveer 1.000 euro in de goedkoopste ziekenhuizen tot meer dan 3.000 euro in de duurste ziekenhuizen. Maar de verschillen binnen een ziekenhuis kunnen zeer groot zijn (voorbeeld H61: 1 op de 10 patiënten betaalt minder dan 491 euro, anderzijds betaalt 1 op de 10 patiënten meer dan 3.000 euro, terwijl de mediaan 1.824 euro is).

3.6 IMPACT VAN HET SOCIAAL STATUUT (VT / NIET VT) OP DE PATIËNTEN REKENING

3.6.1 Ziekenhuisopnames per type verblijf en per kamertype, volgens het sociaal statuut van de patiënt

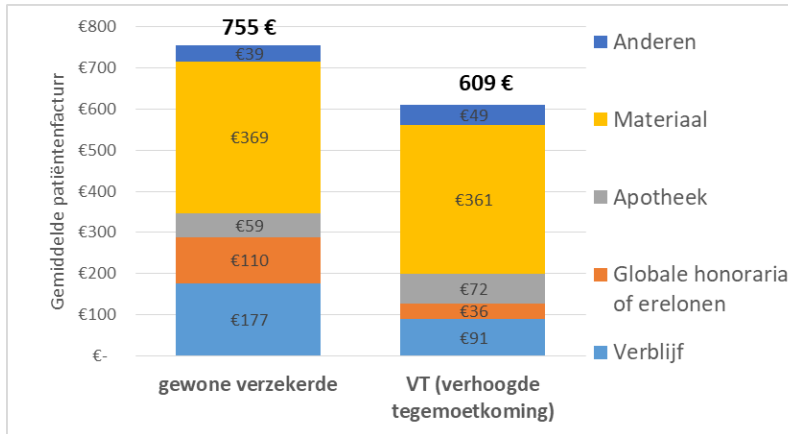
In meer dan de helft van de verblijven van de verzekerden met een recht op een verhoogde terugbetaling (VT) gaat het om een klassiek ziekenhuisverblijf, terwijl gewone verzekerden vaker naar een daghospitaal worden verwezen. Deze totaalcijfers houden geen rekening met leeftijd, pathologie, geslacht, enz.

Grafiek 9: Verdeling van het aantal opnames volgens sociaal statuut en type verblijf.



Om de impact van de extra kosten die de eenpersoonskamer met zich meebrengt te elimineren, hebben we de gemiddelde kosten van de patiënt voor heupprothese onderzocht, volgens het statuut verhoogde terugbetaling, in een gemeenschappelijke kamer.

Grafiek 10: Vergelijking van de rekening van de patiënt volgens statuut van de patiënt, voor heupprothese bij verblijf in een gemeenschappelijke kamer



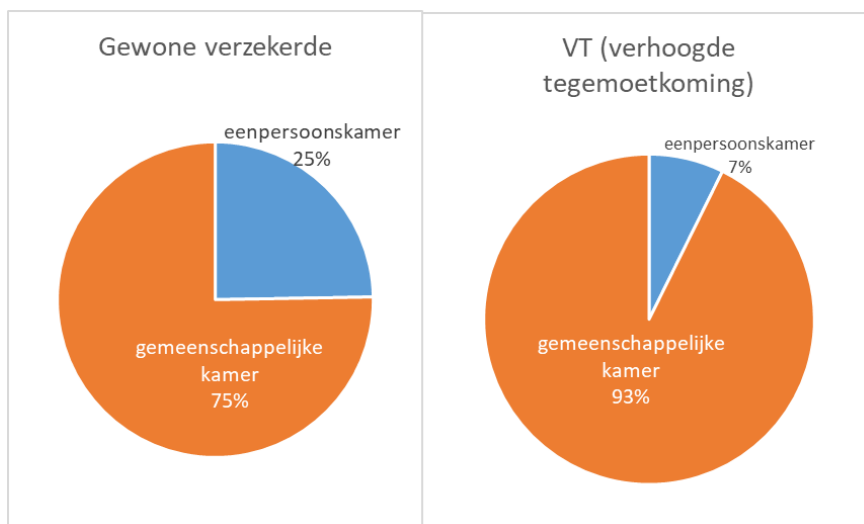
Binnen hetzelfde kamertype betalen VT-patiënten minder dan gewone verzekerden dankzij lagere remgelden voor bepaalde prestaties zoals verblijf en erelonen.

VT-patiënten genieten echter voor de kosten van materialen, met name implantaten, geen betere financiële bescherming dan andere patiënten.

3.6.2 Impact van sociaal statuut en kamertype

Ongeacht de medische situatie kiezen de VT-patiënten minder vaak voor een eenpersoonskamer dan andere patiënten.

Grafiek 11: Vergelijking van de verdeling van klassieke verblijven per kamertype, volgens het sociaal statuut van de patiënt

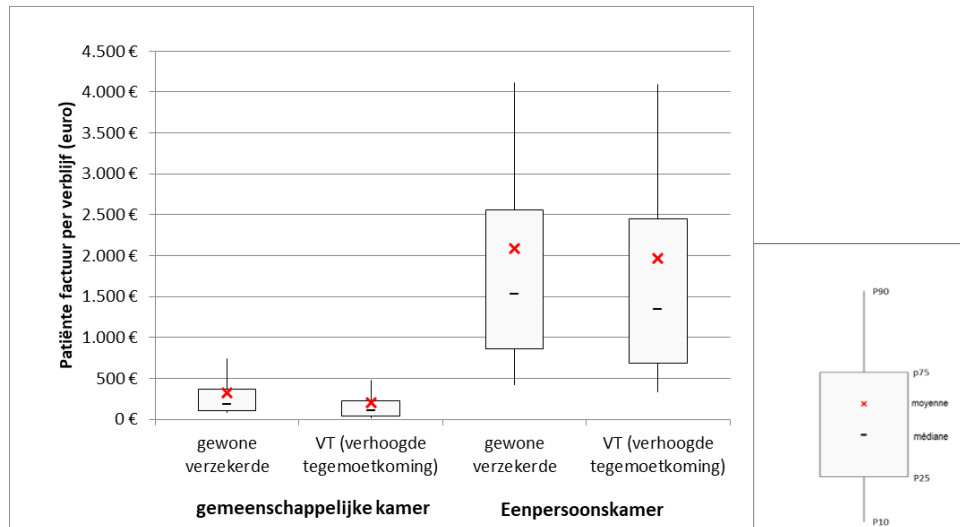


VT-patiënten kiezen in 7% van de klassieke verblijven voor een eenpersoonskamer, tegenover 25% van de verblijven bij andere verzekerden.

De volgende analyses hebben betrekking op klassieke verblijven. Analyses van daghospitaal verblijven geven aanleiding tot vergelijkbare bevindingen. Sommige gegevens zijn opgenomen in bijlage 2.

Uit de verdeling van het bedrag van de rekening van de patiënt blijkt dat het kamertype beslissender is dan het sociaal statuut. **Wanneer een VT-patiënt ervoor kiest om in een eenpersoonskamer te verblijven, zal zijn rekening evenveel stijgen als voor een gewone verzekerde.**

Figuur 12: Verdeling van de patiënten factuur voor een klassiek verblijf volgens sociaal statuut en kamertype



- Voor een gemeenschappelijke kamer betaalt een VT-patiënt gemiddeld 202 euro en een gewone verzekerde 325 euro, met grote verschillen tussen de verblijven.
- Voor een eenpersoonskamer liggen de gemiddelde kosten dicht bij 2000 euro; ongeacht het terugbetalingsstatuut van de patiënt is dit meer dan 6 keer meer dan een gemeenschappelijke kamer voor een gewone verzekerde, en 10 keer meer voor een VT-patiënt.

De verdeling van het bedrag van de patiënten factuur voor een dagziekenhuis verblijf, naar sociaal statuut en kamertype, is weergegeven in tabel 6 in bijlage 2.

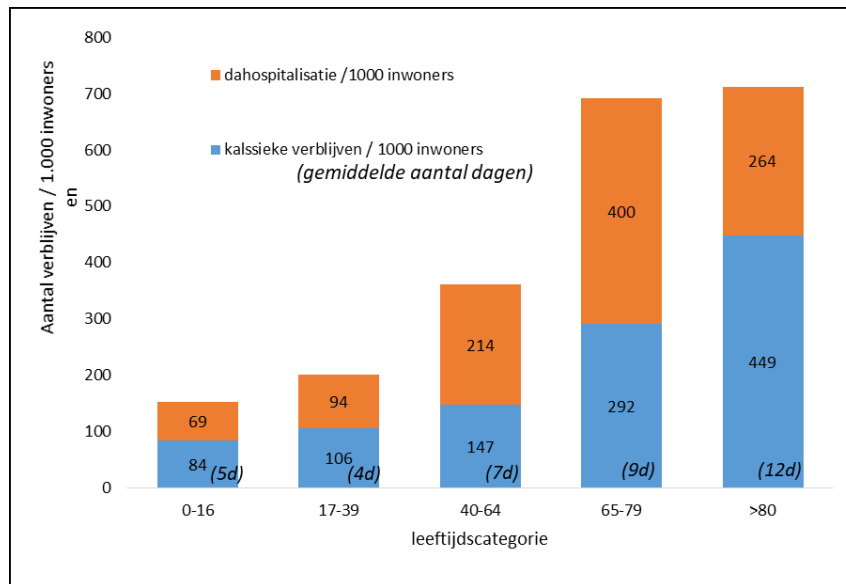
3.7 GEVOLGEN VOOR DE REKENING VOLGENS DE LEEFTIJD VAN DE PATIËNT

Het risico op het maken van ziekenhuiskosten, en de omvang van die kosten, verschilt per leeftijdscategorie.

3.7.1 Risico van ziekenhuisopname en type verblijf naar leeftijd

Zoals uit onderstaande grafiek blijkt, varieert het risico op ziekenhuisopname met de leeftijd.

Figuur 13: Aantal opnames per 1000 verzekerden, per leeftijdscategorie en per type verblijf

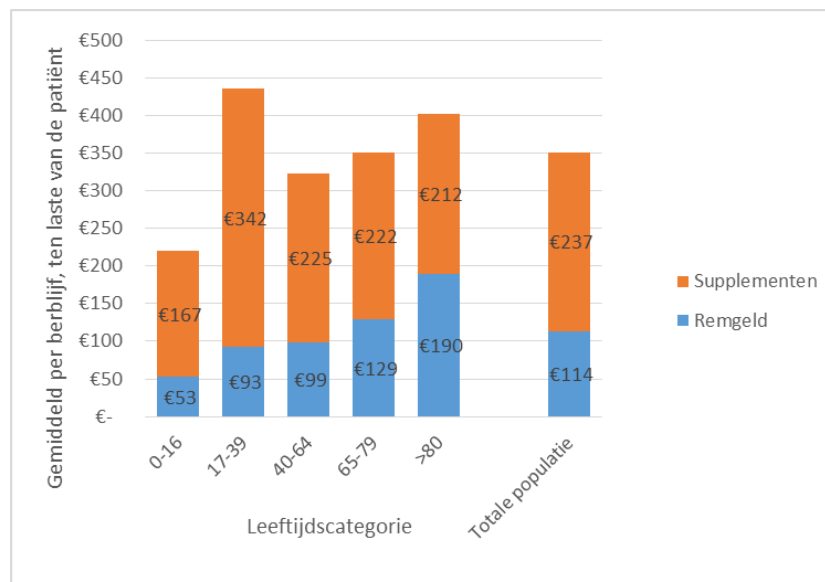


Het risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen neemt toe met de leeftijd. Het is bijna 5 keer hoger voor personen van 65 jaar en ouder, dan voor kinderen. Voor de oudsten blijft het risico op een klassiek ziekenhuisverblijf toenemen, ten nadele van het daghospitaal.

3.7.2 Gemiddelde rekening per verblijf naar leeftijd

Het bedrag van de rekening waarmee de patiënt te maken krijgt, varieert ook met de leeftijd.

Grafiek 14: Vergelijking van de gemiddelde kosten voor de patiënt, per leeftijdscategorie, alle verblijven (klassieke en daghospitaal)



Het gemiddelde bedrag aan remgelden per verblijf neemt toe met de leeftijd. Het is bijna twee keer hoger voor oudere patiënten (80 jaar en ouder) dan voor volwassenen van 17 tot 64 jaar.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor deze verschillen in kosten per leeftijdsgroep, gerelateerd aan :

- de gezondheidstoestand (pathologie, zwaarte van de zorg, groter aandeel klassieke verblijven onder de 80 jaar en ouder, duur van het verblijf, ...)
- de keuze van de patiënt voor het kamertype

4 ALGEMENE BEVINDINGEN

De kosten van een ziekenhuisverblijf, klassiek of dagopname, kunnen hoog oplopen maar variëren sterk tussen ziekenhuizen en tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis, ook voor dezelfde routine ingreep in hetzelfde kamertype.

De belangrijkste bevindingen op een rij:

Hoog totaalbedrag ten laste van de patiënt

- In 2018 betaalden **de gehospitaliseerde patiënten in totaal 1,35 miljard euro** (exclusief eventuele poliklinische kosten). Een derde van dit bedrag komt overeen met remgelden, **twee derde zijn supplementen** inclusief niet-terugbetaalbare kosten (waarvan het grootste deel betrekking heeft op eenpersoonskamers).

Hoge ereloonsupplementen

- 44% van de 1,35 miljard euro die aan patiënten wordt gefactureerd (588 miljoen euro) zijn medische ereloonsupplementen. Hun groei tussen 2017 en 2018 (+4,4%) is hoger dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de ereloonsupplementen over de periode 2015-2017 (3%) en hoger dan de 3%-stijging van de officiële honoraria. Niet het aantal verblijven met een supplement neemt toe, maar het gemiddelde bedrag van de supplementen per verblijf (2014-2018).

Risico voor de patiënt om geconfronteerd te worden met kosten/supplementen van 5.000 euro en meer

- Voor meer dan 10.000 verblijven (klassieke en daghospitalisatie) werden ereloonsupplementen van meer dan 5.000 euro aangerekend.
- De totale door de patiënt te betalen rekening bedroeg in 2018 meer dan **5.000 euro voor 23.945 klassieke verblijven en 430 verblijven in daghospitalisatie**. Eén op de 100 klassieke verblijven in een eenpersoonskamer gaf aanleiding tot een factuur van meer dan 10.812 euro. En 227 patiënten betaalden meer dan 30.000 euro voor al hun ziekenhuisverblijven (exclusief poliklinische diensten en andere gezondheid gerelateerde kosten).

Geval van eenpersoonskamers

- Voor één klassiek verblijf op vijf kiest de patiënt voor een eenpersoonskamer. De gemiddelde kosten voor de patiënt zijn **7,4 keer hoger voor klassieke verblijven in een eenpersoonskamer** dan voor andere klassieke verblijven.
- Kinderen genieten een speciale bescherming tegen kamersupplementen (moeder-kindkamer), maar worden in 1 op de 4 gevallen geconfronteerd met ereloonsupplementen.

Heterogeniteit van de kosten volgens verschillende factoren

- De kosten van het verblijf variëren afhankelijk van **het type interventie**.
- Er zijn ook **grote verschillen tussen ziekenhuizen**, met name voor verblijven in een eenpersoonskamer. Dit is het gevolg van verschillen in de prijsstelling tussen ziekenhuizen. Het verschil tussen ziekenhuizen kan variëren **met een factor één tot drie** voor dezelfde interventie in een eenpersoonskamer.
- **Patiënten** met recht op verhoogde terugbetaling (VT) profiteren van een betere interventie door de ziekteverzekering voor het grootste deel van de kosten (verblijf, honoraria, ...), maar niet voor de implantaten. Hun rekening is dus aanzienlijk lager dan die van andere verzekerden. Maar hun rekening stijgt met een even hoog bedrag als die van andere verzekerden als ze voor een eenpersoonskamer kiezen (3,4 keer minder vaak). Zo betaalde een VT-patiënt in 2018 voor een vaginale bevalling in een eenpersoonskamer gemiddeld 15 keer meer dan in een ander type kamer. Voor een gewone verzekerde wordt de gemiddelde factuur vermenigvuldigd met 8 in het geval van een eenpersoonskamer.
- **Ouderen** lopen het grootste risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen, en hebben ook de op één na hoogste gemiddelde rekening (402 euro), hoewel ze minder vaak kiezen voor een

eenpersoonskamer. Voor jongvolwassenen (17 tot 39 jaar) is de gemiddelde rekening het hoogst, deze bedraagt 435 euro, waarvan een groot deel supplementen.

Opmerkingen en aanbevelingen.

Het gebrek aan transparantie (over retrocessies en de toewijzing ervan, over praktijken buiten het ziekenhuis) maakt een doeltreffend toezicht op het systeem en op het effect van maatregelen onmogelijk.

Bij gebrek aan informatie over medische pathologie/diagnose is het niet mogelijk om de analyse te verfijnen. Ook hebben we geen informatie over het al dan niet hebben van een particuliere hospitalisatieverzekering.

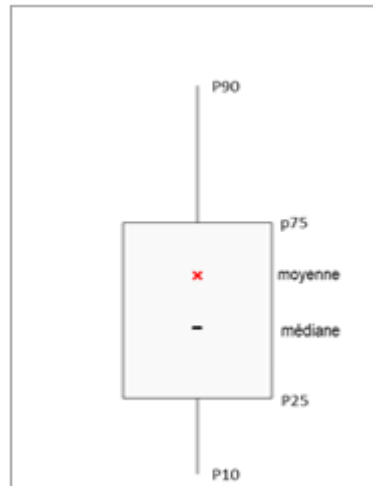
De patiënt moet door de zorgverleners vooraf wettelijk worden geïnformeerd over de financiële gevolgen van zijn verblijf in het ziekenhuis. Ook al vermelden sommige ziekenhuizen op hun website een indicatief bedrag voor bepaalde interventies, de informatie is soms onvoldoende, niet actueel of zelfs onbestaand. **Het verstrekken van een kostenraming voor routinematige ingrepen door het ziekenhuis vóór de opname zou het mogelijk maken de patiënt beter te informeren over de kosten die hij of zij tijdens zijn of haar verblijf moet dragen. Een onderscheid naar kamertype en sociaal statuut is essentieel.**

De websites van sommige ziekenfondsen geven informatie over de kosten van patiënten per ziekenhuis, voor een aantal frequente ingrepen, in functie van kamertype en terugbetalingsstatuut.

5 BIJLAGEN - TABELLEN – GRAFIEKEN

Bijlage 1: Wat is een boxplot?

De boxplot (box = box, plot = grafiek) geeft de verdeling van de waargenomen waarden weer.



De grafisch weergegeven parameters zijn :

- De **mediaan** (weergegeven door een streepje in het vakje) geeft de waarde die de bestudeerde reeks in twee subgroepen met hetzelfde aantal waarnemingen scheidt. 1 geval op 2 is onder de mediaan, en 1 geval op 2 is hoger dan de mediaan.
- **P10** geeft een idee van de laagste waargenomen waarden, d.w.z. de eerste 10 % van de waarnemingen P10. 1 geval op 10 blijft onder dit niveau, 9 gevallen op 10 overschrijden het.
- **Percentiel 25**: Percentiel 25 (Q1) geeft de waarde aan waaronder 25% van de waarnemingen liggen. 1 van de 4 gevallen ligt onder dit niveau, 3 van de 4 gevallen overschrijden dit niveau.
- **Het 75-percentiel**. Percentiel 75 (Q3) geeft de waarde waarboven 25% van de waarnemingen liggen. 3 van de 4 gevallen liggen onder dit niveau, 1 van de 4 overschrijdt dit niveau.
- **P90** geeft een idee van de hoge waarden die zijn waargenomen, d.w.z. de laatste 10 % van de P90-waarnemingen: 9 van de 10 gevallen blijven onder dit niveau, 1 op de 10 gevallen overschrijdt dit niveau.
- **Het gemiddelde** (vertegenwoordigd door een kruis).

Bijlage 2: Tabellen

Tabel 2. 1. Totaal bedrag per type verblijf

	ZIV terugbetaling (Miljoen euro)	Remgeld (Miljoen euro)	Supplementen (Miljoen euro)	Totaal patiënt (Miljoen euro)
Klassieke verblijven				
Verblijf (*)	392,0	163,2	0,1	163,3
Globale honoraria of erelonen	2.478,3	88,9	525,2	614,1
Apotheek	476,5	6,3	61,8	68,1
Materiaal	585,4	112,1	12,1	124,2
Kamersupplementen	0,0	0,0	122,3	122,4
Anderen	30,8	1,9	47,7	49,7
Totaal	3.963,1	372,5	769,3	1.141,8
Chirurgische daghospitalisatie				
Verblijf (*)	82,2	0,0	0,0	0,0
Globale honoraria of erelonen	312,7	4,6	53,7	58,3
Apotheek	19,5	2,0	8,6	10,6
Materiaal	40,6	30,1	6,4	36,5
Kamersupplementen	0,0	0,0	3,1	3,1
Anderen	0,4	0,0	2,6	2,6
Totaal	455,4	36,7	74,5	111,1
Niet chirurgische daghospitalisatie				
Verblijf	219,2	0,0	0,3	0,3
Globale honoraria of erelonen	378,9	15,4	49,3	64,8
Apotheek	709,3	4,4	6,8	11,3
Materiaal	32,0	9,9	2,8	12,6
Kamersupplementen	0,0	0,0	4,5	4,5
Anderen	0,5	0,0	2,5	2,5
Totaal	1.340,0	29,7	66,2	96,0

(*) Dit bedrag omvat niet de twaalfde, d.w.z. 80% van de financiering van het verblijf dat maandelijks aan de ziekenhuizen wordt betaald.

Tabel 2.2: Verdeling van het bedrag dat aan de patiënten wordt aangerekend voor de verschillende uitgavencategorieën

	P10	P25	Mediaan	Gemiddelde	P75	P90	P99
Klassieke verblijven							
Verblijf	11 €	32 €	45 €	90 €	91 €	187 €	701 €
Globale honoraria of erelonen	2 €	30 €	45 €	339 €	148 €	1.050 €	4.117 €
Apotheek	1 €	4 €	16 €	37 €	39 €	79 €	326 €
Materiaal (36% van de verblijven)	10 €	27 €	107 €	189 €	235 €	499 €	1.116 €
Kamersupplementen (19% van de verblijven)	45 €	100 €	195 €	346 €	375 €	703 €	2.760 €
Anderen (80% van de verblijven)	1 €	4 €	14 €	34 €	39 €	80 €	283 €
Totaal klassieke verblijven	48 €	91 €	209 €	627 €	605 €	1.636 €	5.691 €
Verblijfsduur	1	1	3	8	7	17	78

	aantal verblijven	P10	P25	Mediaan	Gemiddelde	P75	P90	P99
Chirurgische daghospitalisatie								
Verblijf	93%	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Globale honoraria of erelonen	100%	0 €	0 €	7 €	94 €	15 €	215 €	1.538 €
Apotheek	87%	3 €	7 €	16 €	20 €	26 €	38 €	73 €
Materiaal	43%	6 €	30 €	166 €	138 €	175 €	182 €	950 €
Kamersupplementen	8%	33 €	41 €	52 €	59 €	62 €	126 €	169 €
Anderen	37%	1 €	1 €	4 €	12 €	11 €	28 €	99 €
Totaal chirurgische daghosp.		1 €	14 €	48 €	180 €	207 €	393 €	1.787 €
Niet chirurgische daghospitalisatie								
Verblijf	99%	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Globale honoraria of erelonen	99%	0 €	3 €	9 €	47 €	20 €	44 €	1.005 €
Apotheek	94%	0 €	1 €	4 €	9 €	10 €	19 €	54 €
Materiaal	25%	6 €	8 €	10 €	37 €	24 €	91 €	381 €
Kamersupplementen	5%	35 €	41 €	50 €	59 €	62 €	100 €	169 €
Anderen	23%	0 €	1 €	2 €	8 €	6 €	15 €	66 €
Totaal niet chirurgische daghosp.		4 €	8 €	19 €	69 €	38 €	97 €	1.152 €

Tabel 2.3: Vergelijking van het gemiddelde bedrag per uitgavencategorie, per kamercategorie

	Remgelden		Supplementen		Totaal patiënt	
	gemeenschappelijke kamer	eenpersoonskamer	gemeenschappelijke kamer	eenpersoonskamer	gemeenschappelijke kamer	eenpersoonskamer
Klassieke hospitalisatie						
Verblijf	87 €	99 €	0 €	0 €	87 €	99 €
Globaal ereloon	47 €	55 €	25 €	1.394 €	72 €	1.450 €
Apotheek	4 €	3 €	32 €	41 €	36 €	43 €
Materiaal	57 €	83 €	6 €	11 €	62 €	94 €
Kamersupplement	- €	0 €	- €	346 €	- €	346 €
Anderen	1 €	1 €	23 €	38 €	24 €	39 €
Totaal	195 €	242 €	86 €	1.829 €	281 €	2.071 €
Chirurgische daghospitalisatie						
Verblijf	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Globaal ereloon	7 €	8 €	14 €	762 €	21 €	770 €
Apotheek	3 €	4 €	14 €	16 €	17 €	20 €
Materiaal	49 €	50 €	9 €	19 €	58 €	69 €
Kamersupplement		0 €		51 €		51 €
Anderen	0 €	0 €	4 €	6 €	4 €	6 €
Totaal	59 €	62 €	41 €	855 €	100 €	916 €
Niet chirurgische daghospitalisatie						
Verblijf	- €	- €	0 €	0 €	0 €	0 €
Globaal ereloon	11 €	14 €	6 €	482 €	16 €	496 €
Apotheek	3 €	4 €	5 €	8 €	8 €	12 €
Materiaal	6 €	16 €	2 €	2 €	8 €	19 €
Kamersupplement		0 €		51 €		51 €
Anderen	0 €	0 €	2 €	3 €	2 €	3 €
Totaal	20 €	35 €	14 €	547 €	34 €	581 €

Tabel 2.4: Verdeling van kamer- en ereloonsupplementen voor daghospitalisatie, eenpersoonskamer

Eenpersoonskamer verblijven		P10	P25	Mediaan	Gemiddelde	P75	P90	P99
Chirurgische daghospitalisatie	kamersupplementen	33 €	41 €	52 €	59 €	62 €	126 €	169 €
	Globale ereloonsupplementen	169 €	344 €	613 €	762 €	989 €	1.500 €	3.278 €
Niet chirurgische daghospitalisatie	kamersupplementen	35 €	41 €	50 €	59 €	62 €	100 €	169 €
	Globale ereloonsupplementen	22 €	66 €	333 €	483 €	720 €	1.160 €	2.236 €

Tabel 2.5. Verdeling van de rekening van de patiënt per kamercategorie, daghospitalisatie.

	Aandeel verblijven	P10	P25	Mediaan	Gemiddelde	P75	P90	P99
Chirurgische daghospitalisatie								
gemeenschappelijke kamer	90%	1 €	12 €	38 €	100 €	180 €	219 €	718 €
eenpersoonskamer	10%	243 €	432 €	760 €	916 €	1.204 €	1.721 €	3.515 €
Niet chirurgische daghospitalisatie								
gemeenschappelijke kamer	94%	4 €	8 €	17 €	34 €	34 €	58 €	279 €
eenpersoonskamer	6%	77 €	144 €	413 €	581 €	845 €	1.308 €	2.520 €

Tabel 2.6: Verdeling van het bedrag van de rekening van de daghospitaalpatiënten per sociaal statuut en per kamercategorie

Kamertype	Sociaal statuut	Aandeel verblijven	P10	P25	Mediaan	Gemiddelde	P75	P90	P99
Chirurgische daghospitalisatie									
gemeenschappelijke kamer	gewone verzekerde	70%	1 €	14 €	39 €	102 €	168 €	220 €	733 €
	VT	20%	0 €	7 €	31 €	95 €	195 €	214 €	539 €
eenpersoonskamer	gewone verzekerde	9%	251 €	441 €	767 €	924 €	1.208 €	1.727 €	3.532 €
	VT	1%	200 €	337 €	681 €	833 €	1.134 €	1.633 €	3.473 €
Niet chirurgische daghospitalisatie									
gemeenschappelijke kamer	gewone verzekerde	71%	5 €	10 €	21 €	38 €	37 €	63 €	295 €
	VT	23%	1 €	4 €	9 €	21 €	17 €	36 €	224 €
eenpersoonskamer	gewone verzekerde	6%	82 €	152 €	430 €	595 €	863 €	1.325 €	2.545 €
	VT	1%	35 €	87 €	238 €	450 €	664 €	1.129 €	2.271 €

Tabel 2.7: Gemiddeld bedrag dat aan patiënten in rekening wordt gebracht, naar soort uitgave, naar sociaal statuut, dagverblijf in een gedeelde kamer.

	Remgeld		Supplementen		Totaal Patiënt	
	Niet VT	VT	Niet VT	VT	Niet VT	VT
gemeenschappelijke kamer						
Chirurgisch daghospitalisatie						
Verblijf	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Globale honoraria of erelonen	9 €	2 €	23 €	14 €	32 €	15 €
Apotheek	3 €	2 €	13 €	14 €	17 €	16 €
Materiaal	46 €	57 €	10 €	7 €	56 €	63 €
Anderen	0 €	0 €	4 €	3 €	4 €	3 €
Totaal	58 €	60 €	51 €	37 €	109 €	98 €
Niet chirurgisch daghospitalisatie						
Verblijf	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Globale honoraria of erelonen	13 €	3 €	9 €	5 €	22 €	8 €
Apotheek	3 €	2 €	5 €	5 €	8 €	7 €
Materiaal	7 €	5 €	2 €	1 €	9 €	6 €
Anderen	0 €	0 €	2 €	1 €	2 €	1 €
Totaal	24 €	10 €	17 €	12 €	41 €	22 €