



Inventaris van aan patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten

Gegevens 2022

2024

Auteurs: Luk Bruyneel, Wies Kestens, Françoise De Wolf, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Bernard Landtmeters, Judith Henderick

Colofon

- Onderwerp:** In deze editie van de IMA Ziekenhuisbarometer beschrijven we de aan patiënten gefactureerde remgelden en supplementen voor verblijven in algemene en universitaire ziekenhuizen in het jaar 2022.
- Publicatiedatum:** 17 april 2024
- Redactie en vertaling:** Erik Roelants
- Aanbevolen referentie:** Bruyneel, Luk; Kestens, Wies; De Wolf, Françoise; Di Zinno, Tonio; Dolphens, Mieke; Landtmeters, Bernard (2024), Inventaris van aan patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten (Gegevens 2022), IMA Inter mutualistisch Agentschap, Brussel.
- Contactgegevens:** VZW IMA • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel
Tel. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be
KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

Dit document is beschikbaar op de website www.ima-aim.be.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Inhoudstafel

Abstract	1
1. Inleiding	3
1.1. Context	4
1.2. Doelstelling.....	4
2. Methodologie	5
2.1. Gegevens	5
2.2. Analyse	6
2.3. Studiebependingen	8
3. Resultaten	10
3.1. Globale gegevens en evoluties	10
3.2. Factuur ten laste van de patiënt per verblijf	15
3.3. Medische ereloonsupplementen	18
4. Conclusie	26
4.1. Voornaamste vaststellingen	26
4.2. Belangrijkste resultaten.....	27
4.3. Opmerkingen en aanbevelingen.....	28
Referenties	30
Bijlagen	31
Bijlage 1. Methodologische aspecten	31
Bijlage 2. Maximaal aanrekenbaar ereloonsupplementenpercentage per ziekenhuis: evolutie 2021-2022.....	36

Abstract

De omvang en de voorspelbaarheid van de factuur voor de patiënt zijn van groot belang in functie van de toegankelijkheid van ziekenhuiszorg.

In de 99 Belgische algemene en universitaire ziekenhuizen werd in 2022 in totaal 1,37 miljard euro remgeld, supplementen en niet-vergoedbare betalingen gefactureerd aan patiënten tijdens klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties. Bijna 70% van dit bedrag, namelijk 947 miljoen euro, betrof supplementen en niet-vergoedbare bedragen¹. Dit zijn bedragen die uitgesloten zijn van de 'vangnetten' in het Belgisch gezondheidszorgsysteem met name de maximumfactuur (MAF) en de verhoogde tegemoetkoming².

Bijna twee derde van dit bedrag aan supplementen en niet-vergoedbare betalingen zijn **ereloon-supplementen op vergoedbare artsenhonoraria, goed voor 616 miljoen euro, of 45% van de patiëntenfactuur voor alle ziekenhuisverblijven.**

Na een ononderbroken groei, is in 2022 de verhouding tussen het totale bedrag aan ereloon-supplementen en het totale bedrag aan vergoedingen (tussenkost van de verplichte verzekering (ZIV) + remgeld) licht beginnen te dalen. Dit is hoofdzakelijk

¹ De supplementen en niet-vergoedbare betalingen hebben betrekking op de ereloon- en kamersupplementen, niet-vergoedbare diensten (bv. erelonen, geneesmiddelen, uitrusting, enz.) en diverse comfortsupplementen.

² Het VT-statuut geeft aan dat, met betrekking tot de facturatie aan de patiënt, de begunstigde recht heeft op een hogere tussenkost van de ZIV voor de meeste uitgaven (verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen enz.), maar niet voor implantaten, noch voor niet-vergoedbare diensten of supplementen.

het gevolg van een lichte daling van het percentage verblijven met ereloonsupplementen.

De standstill op het maximumpercentage van de ereloonsupplementen die in mei 2022 is ingegaan, heeft waarschijnlijk ook bijgedragen tot de stabilisatie van de ereloonsupplementen, ook al hebben sommige ziekenhuizen hun maximumpercentage verhoogd, vooral in het kader van de oprichting van ziekenhuisnetwerken.

Hoewel de gemiddelde verblijfskost in een meerpersoonskamer stabiliseerde in 2022, is het bedrag ten laste van de patiënt **bij verblijf in een eenpersoonskamer verder gestegen tussen 2021 en 2022**. Het financiële risico waarmee patiënten geconfronteerd kunnen worden, blijft een punt van zorg:

- Er blijft een reëel risico bestaan dat patiënten worden geconfronteerd **met zeer hoge facturen**, vooral als gevolg van supplementen en niet-vergoedbare bedragen. In 2022 werden patiënten meer dan 3.000 euro aangerekend bij meer dan 76.500 verblijven (73.300 klassieke en 3.200 daghospitalisaties). Voor meer dan 4.500 verblijven bedroeg de factuur meer dan 10.000 euro. Opvallend is ook **de stijging van het aantal daghospitalisaties waarbij de kostprijs voor de patiënt hoger ligt dan 1.000 euro** (bijna 60.000 verblijven in 2022 tegenover 55.200 in 2021, oftewel +8%). Hoewel de (extreem) hoge facturen vooral verband houden met verblijven in eenpersoonskamers, kunnen **de kosten voor de patiënt ook hoog oplopen in meerpersoonskamers**, bijvoorbeeld vanwege de kosten voor implantaten.
- Patiënten worden geconfronteerd met **onzekerheid** over de te verwachten eigen uitgaven. Zoals de vorige Barometers hebben aangetoond, varieert de kost ten laste van de patiënt tussen en binnen ziekenhuizen, zelfs voor eenzelfde interventie en in een meerpersoonskamer. Dit geldt ook voor courante interventies: de invoering van een forfaitaire financiering van de honoraria voor verblijven laagvariabele zorg voorkomt niet dat er tussen en binnen ziekenhuizen aanzienlijke verschillen bestaan in de patiëntenfactuur, voor dezelfde ingreep in hetzelfde kamertype. Bovendien is, voor verblijven in een eenpersoonskamer, **het maximaal aanrekenbaar ereloonsupplementpercentage** – dat tussen de ziekenhuizen varieert van 100% tot 300% – **weinig informatief over de te verwachten aan de patiënt gefactureerde ereloonsupplementen**, zowel in termen van percentage als – belangrijker nog – in termen van euro's.



1. Inleiding

Elk jaar publiceert het Intermutualistisch Agentschap (IMA) ramingen van de aan patiënten gefactureerde bedragen voor een ziekenhuisverblijf. Op deze manier worden beleidsmakers, onderzoekers en de brede bevolking geïnformeerd over de evolutie in de aan patiënten gefactureerde bedragen omwille van een ziekenhuisverblijf (meerdaags of daghospitalisatie). Specifieke aandacht wordt besteed aan de variatie in de gefactureerde bedragen, bijvoorbeeld naargelang het ziekenhuis, het kamertype of de sociale status van de patiënt. Deze studie, de IMA Ziekenhuisbarometer, maakt het mogelijk om de financiële toegankelijkheid van een ziekenhuisopname te evalueren en om discussies verder te voeren over de transparantie en voorspelbaarheid van de kost voor de patiënt alsook over de impact van supplementen op de factuur voor de patiënt. Ook worden de analyses gebruikt om de websites van ziekenfondsen te voeden met informatie voor patiënten en om ziekenhuisspecifieke indicatoren te publiceren in de IMA Atlas.

1.1. Context

Toegankelijkheid van zorg is een van de hoekstenen van ons gezondheidszorgsysteem.

Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een probleem in België, met name bij de laagste inkomensgroepen. Ook kunnen privé-uitgaven voor gezondheidszorg zodanig oplopen dat personen de armoede worden ingeduwd wanneer ze geconfronteerd worden met ernstige gezondheidsproblemen [1,2,3,4].

De gemiddelde factuur voor de patiënt stijgt jaar na jaar, hoewel de (gemiddelde) verblijfsduur blijft dalen. Daarnaast is er grote variabiliteit in deze factuur, die kan oplopen tot enkele tienduizenden euro's. Er bestaat dus een reëel risico dat de patiënt noodzakelijke zorg achterwege laat. Patiënten kunnen ook geconfronteerd worden met andere kosten (ambulante zorg, enz.) die buiten het kader van deze analyse vallen.

Om de groei van de ereloonsupplementen af te remmen en als tussenstap naar een wettelijke begrenzing van de aanrekenbare ereloonsupplementen, werden in mei 2022 het maximumpercentage van ereloonsupplementen op ziekenhuisniveau bevroren³.

1.2. Doelstelling

Evalueren in welke mate het systeem van de verplichte ziekteverzekering voldoet aan de doelstellingen van financiële toegankelijkheid van ziekenhuisverblijven, door een analyse te maken van de kosten voor patiënten, de evolutie van deze kosten en de verschillen tussen de verblijven, met bijzondere aandacht voor de hoogste facturen.

³ Collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, addendum van 28 april 2023 en van 22 februari 2024 bij de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022.

Koninklijk besluit van 20 juli 2022 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten - https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=sum-mary&pub_date=22-08-01&numac=2022015556; Koninklijk besluit van 11 juli 2023 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard het addendum van 28 april 2023 aan de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten



2. Methodologie

In dit hoofdstuk lichten we toe welke brongegevens we gebruiken, hoe we deze analyseren en wat de beperkingen van deze analyses zijn.

2.1. Gegevens

De geanalyseerde gegevens hebben betrekking op alle facturatiegegevens van ziekenhuisopnames in algemene acute (inclusief universitaire) ziekenhuizen van 2018 tot 2022, gefactureerd aan de ziekenfondsen in de betreffende kalenderjaren of de eerste twee kwartalen van het daaropvolgende jaar. Voor analyses betreffende medische ereloonsupplementen wordt teruggegrepen naar historische gegevens tot 2006.

De bedragen worden uitgedrukt in nominale waarden (geldende prijzen). Hun evolutie moet daarom worden getoetst aan de inflatie. De gezondheidsindex⁴ is op drie

⁴ De gezondheidsindex (basisjaar 2013) voor de jaren 2018:107,35; 2021: 112,21; 2022: 122,59. Bron: Statbel <https://statbel.fgov.be/nl/themas/consumptieprijsindex/gezondheidsindex>

jaar tijd met 4,5% gestegen (van 2018 tot 2021) en tussen 2021 en 2022 met 9,3%). Ten opzichte van 2018 is het dus met 14,2% gestegen (cf. bijlage 1 E).

De activiteitstypes die deel uitmaken van deze studie zijn klassieke ziekenhuisverblijven, chirurgische daghospitalisaties, niet-chirurgische daghospitalisaties (maxiforfait, forfait 1 tot 7, forfait chronische pijn met uitzondering van gipskamerforfait, forfait voor poortkatheter ...) en oncologisch dagziekenhuis⁵.

De geanalyseerde gegevens omvatten opnames waarvoor er een tegemoetkoming is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ZIV). Het betreft bedragen gefactureerd aan de ZIV en aan de patiënt (i.e. remgelden, supplementen en niet-vergoedbare betalingen) vermeld op de opnamefactuur door een van de 99 algemene ziekenhuizen met een afzonderlijk erkenningsnummer (zie Bijlage 1.D). De bedragen die niet op de patiëntenfactuur staan, waaronder het vaste gedeelte van het Budget van Financiële Middelen (BFM)⁶ dat vereffend wordt aan de ziekenhuizen via twaalfden, maken geen deel uit van deze gegevensanalyse.

De ambulante kosten (voor of na hospitalisatie) of kosten ten laste van de patiënt die niet afgerekend worden via de opnamefactuur (bv. bepaalde preoperatieve onderzoeken, vervoer tussen ziekenhuizen ...) worden niet behandeld in deze analyse.

De medische specialisaties zijn gebaseerd op de driecijferige codes die de bekwamingen groeperen (cf. Bijlage 1.D.).

Na de invoering van forfaitaire erelonen voor verblijven met laagvariabele zorg (iets meer dan 10% van het ZIV-bedrag) worden deze forfaitair gefactureerd en kunnen ze dus niet worden toegeschreven aan individuele zorgverstrekkers of specialisaties. De ereloon-supplementen worden nog steeds door individuele zorgverstrekkers geattesteerd.

2.2. Analyse

Dit rapport bestaat uit drie luiken.

⁵ Oncologisch dagziekenhuis wordt sinds 2017 apart geïdentificeerd. Het onderscheid wordt gemaakt in onze analyses sinds 2019.

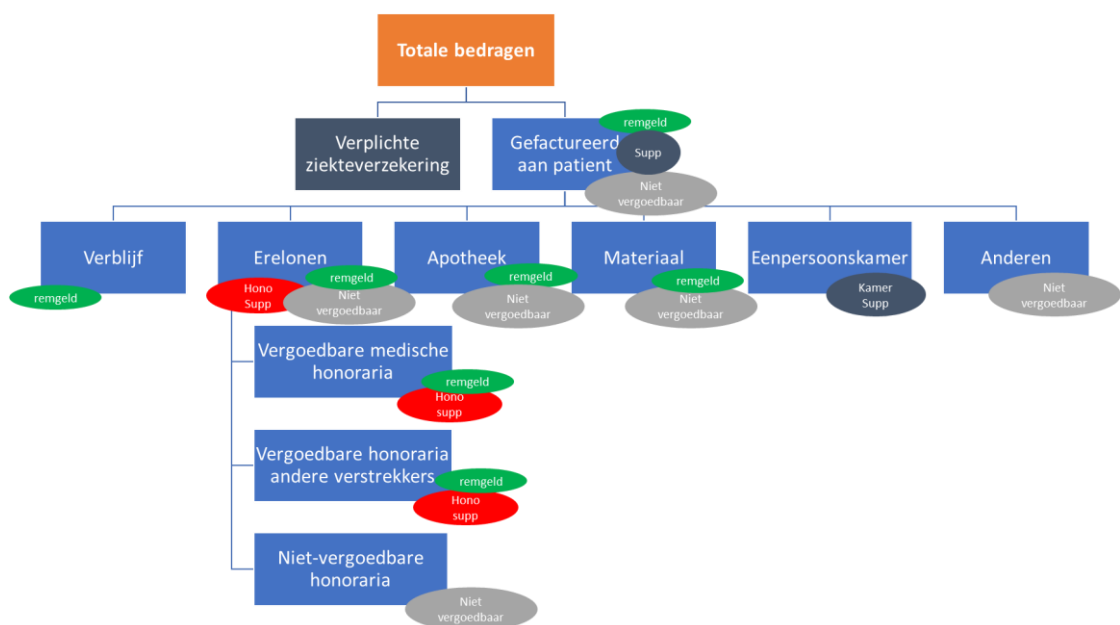
⁶ Voor alle BFM-onderdelen voor 100% met uitzondering van de onderdelen B1 (financiering voor de werking van de gemeenschappelijke diensten) en B2 (financiering voor de werking van de klinische diensten, waaronder de werkingskosten voor het verplegend en verzorgend personeel) voor 80%.

1. Verdeling en evolutie van de totale bedragen die aan patiënten gefactureerd worden gebracht voor alle verblijven (klassieke en dagverblijven) in algemene en universitaire ziekenhuizen.
2. Bedragen die aan de patiënt worden gefactureerd per verblijf en de impact van het type verblijf (klassiek / daghospitaal), kamercategorie en andere factoren op de omvang van de rekening van de patiënt.
3. Analyse van de evolutie van de medische ereloonsupplementen op vergoedbare medische honoraria.

Ziekenhuiskosten zijn onderverdeeld in zes uitgavencategorieën: **verblijf, erelonen, materiaal, apotheek, kamer** (kamersupplementen; geen ZIV-tussenkost), **andere diensten** (geen ZIV-tussenkost) (details van elke categorie in Bijlage 1.B.).

Voor elk van deze categorieën wordt ook een onderscheid gemaakt tussen:

- het **remgeld** (tarieven bepaald door de ZIV-regelgeving en over het algemeen in aanmerking genomen in bepaalde financiële beschermingsmechanismen zoals de begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming (VT), de maximumfactuur);
- de **niet-terugbetaalde prestaties, niet-vergoedbare prestaties en supplementen** (minder gereguleerd, uitgesloten van financiële beschermingsmechanismen).



Verblijven worden uitgesplitst volgens de volgende criteria:

- het **type verblijf** (klassiek / dagziekenhuis);
- de **kamercategorie** met kamersupplementen en ereloonsupplementen die kunnen voortvloeien uit de keuze voor een bepaalde kamer;
- het **sociale statuut** (gewone rechthebbende / verhoogde tegemoetkoming⁷);
- het **ziekenhuis** en zijn tarifieringsbeleid.

In wat volgt, werden verblijven in eenpersoonskamer geïdentificeerd door gefactuurde kamersupplementen, maar voor de ereloonsupplementen bij dagverblijven (gedetailleerde methodologie in Bijlage 1.C.).

2.3. Studiebependingen

De ambulante verstrekkingen en andere kosten buiten het ziekenhuisverblijf (polikliniek, spoeddiensten, enz.) **voor de opname of na het ontslag** (met name préoperatieve consultaties en andere kosten zoals apotheek, kinesitherapie...), evenals kosten die niet op de ziekenhuisfactuur worden vermeld (bv. ambulancevervoer), worden niet in aanmerking genomen in dit onderzoek.

Bij gebrek aan gecodificeerde medische gegevens (diagnostische gegevens zoals de primaire en secundaire diagnoses, ernstgraden) van de ziekenhuizen, konden er geen pathologiespecifieke analyses uitgevoerd worden. Pathologiespecifieke analyses zijn beperkt tot een aantal interventies die worden geïdentificeerd aan de hand van specifieke RIZIV-nomenclatuurcodes of pseudocodes laagvariabele zorg.

Gegevens met betrekking tot ziekenhuisopnames van personen zonder recht op ZIV-terugbetalingen, zijn niet gevat in deze analyses (personen die niet vallen onder verplichte ziekteverzekering in België zoals persoon van internationale instellingen, personen die illegaal in België verblijven, daklozen ... of die hun recht hebben verloren).

Aangezien we niet beschikken over de afhoudingspercentages overeengekomen tussen de verstrekker en de instelling, vertegenwoordigen de geproduceerde bedragen de aangerekende kosten aan de patiënt, maar niet noodzakelijk netto-inkomsten voor de betrokken verstrekker.

⁷ Hogere tussenkomst van de ZIV voor begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming voor vele uitgaven (verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen ...) maar niet voor implantaten, noch voor niet-vergoedbare prestaties en supplementen.

De analyse richt zich op de **bedragen die niet door de verplichte ziektekostenverzekering worden gedekt**. Patiënten kunnen het risico op een zeer hoge rekening beperken door een aanvullende hospitalisatieverzekering af te sluiten die een deel (afhankelijk van de polis) van de rekening voor de patiënt dekt. Wij beschikken niet over gegevens betreffende de tussenkomst van deze aanvullende verzekeringen.



3. Resultaten

De voorgestelde resultaten:

3.1. Macrogegevens: totale gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene ziekenhuizen in 2022 die niet door de verplichte ziekteverzekering worden gedekt, hun aard en trends.

3.2. Het standpunt van de patiënt: het bedrag van de patiëntenfactuur tijdens een ziekenhuisverblijf, de variabiliteit ervan en de belangrijkste factoren.

3.3. De ereloonsupplementen: belangrijkste factor voor de hoogste facturen.

3.1. Globale gegevens en evoluties

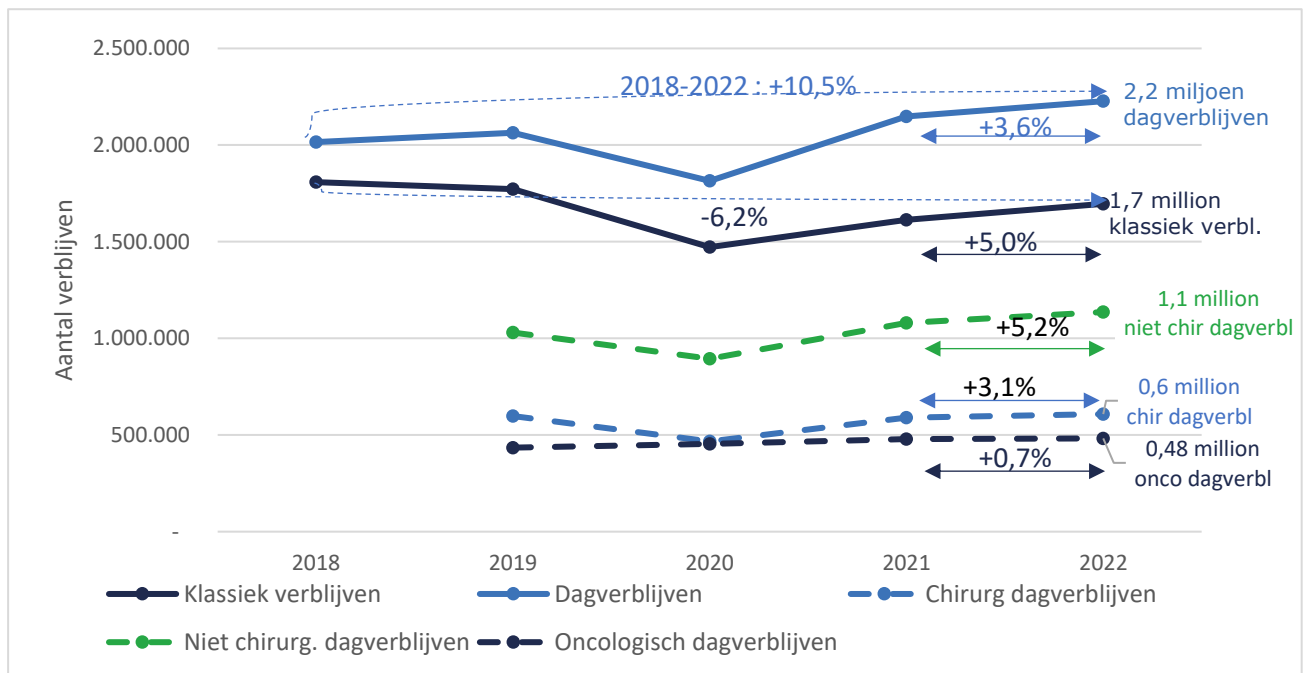
In dit onderdeel maken we een analyse van het totaal gefactureerde bedrag voor alle ziekenhuisverblijven en per type opname, de verschillende elementen van de kosten en hun evolutie.

3.1.1. Context

A. Evolutie van het aantal verblijven

De evolutie van de ziekenhuisactiviteiten moeten worden meegenomen bij het analyseren van de evoluties van de totale bedragen die in rekening worden gebracht voor alle ziekenhuisverblijven.

Grafiek 1: Aantal ziekenhuisverblijven per type verblijf



De evolutie van de ziekenhuisactiviteit tussen 2018 en 2022 wordt gekenmerkt door een geleidelijke daling van het aantal klassieke ziekenhuisverblijven en de verblijfsduur⁸, en een stijging van het aantal daghospitalisaties.

De verschillende golven van de COVID-19-pandemie in 2020, en in mindere mate in 2021, bieden een verklaring voor de evolutie van de activiteiten van 2019 tot 2022.

3.1.2. Totaal aan ZIV en aan patiënten gefactureerde bedragen

In 2022 werd in totaal 1,37 miljard euro gefactureerd aan patiënten voor ziekenhuisopnames.

⁸ <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/activiteit/evolutie-en-kenmerken-ziekenhuisverblijf>

De onderstaande tabellen tonen de verdeling en evolutie van dit bedrag per type uitgave.

3.1.3. Totale macrobedragen

Tabel 1: evolutie van het totaalbedrag gefactureerd aan de ZIV⁹ en aan de patiënt, per type verblijf, alle kamertypes samen, 2018-2021-2022

	Alle verblijven (in miljoen euro)				
	2018	2021	2022	2022/2021	2022/2018
ZIV-tussenkost	5 758,5	6.199,2	6.550,2	5,7%	13,7%
Remgeld	438,9	409,6	425,8	4,0%	-3,0%
Supplementen / niet-vergoedbaar	909,8	910,7	946,6	3,9%	4,0%
Totaal patiënt	1 348,7	1.320,3	1.372,6	4,2%	2,0%
Klassieke hospitalisaties (in miljoen euro)					
ZIV-tussenkost	3.963,1	3.815,6	3.990,4	4,6%	0,7%
Remgeld	372,5	337,7	352,7	4,4%	-5,3%
Supplementen / niet-vergoedbaar	769,3	743,9	769,4	3,4%	0,0%
Totaal patiënt	1.141,8	1.081,6	1.122,1	3,7%	-1,7%
Daghospitalisaties (in miljoen euro)					
ZIV-tussenkost	1.795,4	2.383,6	2.559,8	7,4%	42,6%
Remgeld	66,4	71,9	73,1	1,7%	10,1%
Supplementen / niet-vergoedbaar	140,5	166,8	177,2	6,2%	26,1%
Totaal patiënt	206,9	238,7	250,3	4,9%	21,0%
Chirurgische daghospitalisatie (in miljoen euro)					
ZIV-tussenkost		486,9	515,8	5,9%	
Remgeld		37,1	39,2	5,7%	
Supplementen / niet-vergoedbaar		83,1	86,9	4,6%	
Totaal patiënt		120,2	126,1	4,9%	
Niet-chirurgische daghospitalisatie (in miljoen euro)					
ZIV-tussenkost		727,4	792,1	8,9%	
Remgeld		28,0	27,4	-2,1%	
Supplementen / niet-vergoedbaar		79,7	85,6	7,4%	
Totaal patiënt		107,7	113,0	4,9%	
Oncologische daghospitalisatie (in miljoen euro)					
ZIV-tussenkost		1.169,4	1.251,9	7,1%	
Remgeld		6,8	6,5	-4,4%	
Supplementen / niet-vergoedbaar		4,0	4,7	17,5%	
Totaal patiënt		10,8	11,2	3,7%	

⁹ Exclusief het gedeelte van de BFM dat uitgekeerd wordt in twaalfden.

Bijna 70% (69,0%) van de 1,37 miljard euro die aan patiënten werd gefactureerd, bestaat uit supplementen en niet-vergoedbare betalingen.

Het **totale bedrag aan supplementen en niet-vergoedbare betalingen** voor ziekenhuisverblijven was in 2022 35,9 miljoen euro hoger dan in 2021 (+25,5 miljoen euro voor klassieke verblijven en 10,4 miljoen euro voor dagverblijven). In dezelfde periode stegen de remgelden met 16,2 miljoen euro.

3.1.4. Uitsplitsing per type uitgave

Tabel 2. Totale aan patiënten gefactureerde bedragen per type verblijf en per type uitgave in 2022

Miljoen euro	2021			2022			2021-2022
	Rem-geld	Suppl. / niet-vergoedbaar	Totaal patiënt	Rem-geld	Suppl. / niet-vergoedbaar	Totaal patiënt	Totaal patiënt
Totaal							
Verblijf	146	0	146	155	0	155	6,2%
Ereloon	101,3	648,7	750	103,6	668,5	772,1	2,9%
Apotheek	11,5	79,4	90,9	11,7	80,7	92,4	1,7%
Materiaal	150,8	23,5	174,3	155,7	24,9	180,6	3,6%
Kamer	0	105,6	105,6	0	114,5	114,5	8,4%
Andere	0	53,3	53,3	0	58	58	8,8%
Klassieke hospitalisaties							
Verblijf	146	0	146	155	0	155	6,2%
Ereloon	79,2	525,4	604,6	84,1	537,9	622	2,9%
Apotheek	5,2	61,6	66,8	5,4	61,6	67	0,3%
Materiaal	107,3	12,5	119,8	108,3	13,3	121,6	1,5%
Kamer	0	97,3	97,3	0	105,5	105,5	8,4%
Andere	0	47	47	0	51,1	51,1	8,7%
Daghospitalisaties							
Verblijf	0	0	0	0	0	0	-
Ereloon	22	123,3	145,3	19,5	130,6	150,1	3,3%
Apotheek	6,3	17,8	24,1	6,3	19,1	25,4	5,4%
Materiaal	43,6	11	54,6	47,4	11,6	59	8,1%
Kamer	0	8,3	8,3	0	9	9	8,4%
Andere	0	5,4	5,4	0	6,9	6,9	27,8%
Chirurgische daghospitalisatie							
Verblijf	0	0	0	0	0	0	-
Ereloon	4,2	59,7	63,9	4,3	61,9	66,2	3,6%
Apotheek	2	9,9	11,9	2	10,5	12,5	5,0%
Materiaal	30,9	7,6	38,5	32,9	8	40,9	6,2%
Kamer	0	3,1	3,1	0	3,3	3,3	6,5%
Andere	0	2,8	2,8	0	3,1	3,1	10,7%

Miljoen euro	2021			2022			2021-2022
	Rem-geld	Suppl. / niet-vergoedbaar	Totaal patiënt	Rem-geld	Suppl. / niet-vergoedbaar	Totaal patiënt	Totaal patiënt
Niet-chirurgische daghospitalisatie							
Verblijf	0	0	0	0	0	0	-
Ereloon	13,7	62	75,7	11,2	66,6	77,8	2,8%
Apotheek	2,2	6,9	9,1	2,3	7,5	9,8	7,7%
Materiaal	12,1	3,4	15,5	14	3,6	17,6	13,5%
Kamer	0	4	4	0	4,5	4,5	12,5%
Andere	0	3,3	3,3	0	3,5	3,5	6,1%
Oncologische daghospitalisatie							
Verblijf	0	0	0	0	0	0	-
Ereloon	4,2	1,6	5,8	4	2,1	6,1	5,2%
Apotheek	2,1	1	3,1	2	1,1	3,1	0,0%
Materiaal	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	0,0%
Kamer	0	1,2	1,2	0	1,2	1,2	0,0%
Andere	0	0,2	0,2	0	0,3	0,3	50,0%

Het aandeel van **supplementen op vergoedbare en niet-vergoedbare erelonen** (668,5 miljoen euro in 2022) in het totale gefactureerde bedrag ten laste van patiënten bij ziekenhuisopnames (1,37 miljard euro) vertegenwoordigt **bijna de helft van het totale bedrag ten laste van de patiënt**.

Supplementen op terugbetaalbare erelonen (616 miljoen euro) worden daarom in meer detail geanalyseerd in sectie 3.3. Het verschil tussen deze 616 miljoen euro aan medische ereloon-supplementen en de 668,5 miljoen euro aan vergoedbare honorariumsupplementen (tabel 2) omvat zowel niet-vergoedbare ereloon-supplementen als niet-medische ereloon-supplementen.

Het hoogste groeipercentage van de kosten ten laste van de patiënt tussen 2021 en 2022 is te zien bij **kamersupplementen en de categorie andere uitgaven**, met respectievelijk +8,4% en +8,8%.

Het macrototaal voor **kamersupplementen** is in 2022 8,9 miljoen euro hoger dan in 2021 (+€8,2 miljoen voor klassieke verblijven en +0,7% voor daghospitalisatie). De **ereloon-supplementen en niet-vergoedbare erelonen** zijn in dezelfde periode met 19,8 miljoen euro gestegen (+12,5 miljoen euro voor klassieke verblijven en +7,3 miljoen euro voor daghospitalisatie). **Andere niet-vergoedbare prestaties** (andere dan geneesmiddelen, materiaal, niet-vergoedbare erelonen en kamersupplementen) stegen met 4,7 miljoen euro.

3.2. Factuur ten laste van de patiënt per verblijf

3.2.1. De factuur ten laste van de patiënt en haar determinanten

Het bedrag dat aan de patiënt gefactureerd wordt voor een ziekenhuisverblijf varieert sterk.

De belangrijkste elementen zijn:

- De zorg hangt voornamelijk af van **de ingreep/pathologie**: de voorgaande barometers gaven de gemiddelde uitgaven voor bepaalde ingrepen en de variatie tussen en binnen de ziekenhuizen weer. Deze cijfers zijn ook beschikbaar in de IMA Atlas¹⁰.
- Het **kamertype**: als er voor een eenpersoonskamer wordt gekozen, kunnen er kamersupplementen en ereloon-supplementen aangerekend worden.
- **Type verblijf**: klassiek / dag
- Het **sociaal statuut van de patiënt** (VT/niet-VT): patiënten die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming genieten van lager remgeld voor de meeste vergoedbare diensten, maar niet voor implantaten of niet-vergoedbare prestaties.
- Het **ziekenhuis**: het bedrag van de patiëntenfactuur varieert naargelang van het ziekenhuis, vooral voor een verblijf in een eenpersoonskamer.
- **Andere**: patiëntgerelateerde factoren (meerdere pathologieën, complicaties enz.), of individuele keuzes van de patiënt (comfortsupplementen) ...

Als gevolg hiervan zijn er grote verschillen te zien in de bedrag ten laste van de patiënt, welk zeer hoog kan oplopen.

¹⁰ <https://atlas.ima-aim.be> > Financiële toegankelijkheid > Ziekenhuiskosten patiënten

3.2.2. Variatie in het bedrag van de patiëntfactuur

Tabel 3. Distributie en evolutie van het bedrag ten laste van de patiënt per type verblijf en type kamer

(in euro)	Gemiddeld				Distributie 2022			
	2019	2021	2022	P5	P25	P50	P75	P95
Klassieke hospitalisatie								
Meerpersoonskamer	€286	€304	€306	€22	€86	€173	€346	€1.010
Eenpersoonskamer	€2.119	€2.348	€2.426	€365	€1.145	€1.877	€2.965	€6.345
Daghospitalisatie								
Meerpersoonskamer	€55	€58	€58	€1	€8	€20	€47	€214
Eenpersoonskamer	€722	€737	€781	€16	€209	€628	€1.137	€2.057
Chirurgische daghospitalisatie								
Meerpersoonskamer	€106	€115	€117	€3	€19	€49	€198	€309
Eenpersoonskamer	€939	€958	€1.016	€137	€496	€864	€1.353	€2.338
Niet-chirurgische daghospitalisatie								
Meerpersoonskamer	€42	€46	€44	€1	€6	€17	€42	€155
Eenpersoonskamer	€715	€743	€844	€41	€335	€745	€1.183	€2.008
Oncologische daghospitalisatie								
Meerpersoonskamer	€18	€17	€17	€1	€6	€14	€22	€39
Eenpersoonskamer	€136	€124	€121	€6	€22	€113	€179	€282

De gemiddelde factuur is aanzienlijk hoger voor eenpersoonskamers dan voor meerpersoonskamers, vanwege de kamersupplementen en ereloon-supplementen die bovenop de factuur voor de patiënt komen. Het **verschil van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt naargelang het kamertype neemt toe**, voor klassieke verblijven (rekening 7,9 keer hoger voor een eenpersoonskamer in 2022, tegenover 7,4 in 2019) en voor niet-chirurgische daghospitalisatie (19,2 keer hoger in 2022, tegenover 17,0 in 2019).

De gemiddelde factuur per verblijf is gestegen ten opzichte van 2019, met uitzondering van de oncologische daghospitalisatie. Het verschil tussen 2021 en 2022 bij eenpersoonskamers is opvallend (+13,6% voor niet-chirurgische daghospitalisatie, +6,1% voor chirurgische daghospitalisatie, +3,3% voor klassieke verblijven).

Achter deze gemiddelde factuur gaan grote verschillen schuil, zelfs voor hetzelfde type verblijf in hetzelfde kamertype. Het bedrag kan een echte

belemmering voor de toegankelijkheid vormen, **ook in meerpersoonskamers**. Zo bedraagt het bedrag ten laste van de patiënten meer dan 1.010 euro voor 5% van de klassieke verblijven in een twee- of meerpersoonskamer; de factuur voor een verblijf in chirurgische daghospitalisatie zonder keuze voor een eenpersoonskamer bedraagt meer dan 309 euro voor 5% van de verblijven.

In sommige gevallen kan de rekening voor de patiënt extreem hoog zijn.

Tabel 4. Aantal verblijven naargelang het aan de patiënt gefactureerde bedrag

Bedrag ten laste van patiënt	Aantal klassieke verblijven			Bedrag ten laste van patiënt	Aantal daghospitalisaties		
	2018	2021	2022		2018	2021	2022
<€100	469.399	401.426	416.750	<€100	1.538.038	1.717.746	1.775.696
€100 - €250	505.612	464.561	478.696	€100 - €250	239.436	257.986	268.302
€250 - €500	291.132	283.806	293.603	€250 - €500	59.226	63.851	67.159
€500 - €1.000	203.323	173.738	183.244	€500 - €1.000	51.184	53.540	55.168
€1.000 - €3.000	238.031	220.066	219.047	€1.000 - €3.000	40.963	52.311	56.503
€3.000 - €5.000	47.120	47.520	48.782	€3.000 - €5.000	1.685	2.340	2.410
€5.000 - €10.000	19.492	18.758	20.040	€5.000 - €10.000	411	565	745
€10.000 - €30.000	4.353	3.796	4.432	> €10.000	19	31	49
> €30.000	99	58	72				

Het aantal verblijven met een zeer hoge factuur blijft stijgen: meer dan 3.000 euro voor meer dan 73.300 klassieke verblijven en 3.200 daghospitalisaties in 2022, een stijging van respectievelijk 3% en 51% ten opzichte van 2018. De patiëntenfactuur bedraagt in 2022 voor bijna 60.000 daghospitalisaties minimaal 1.000 euro.

Als een patiënt meerdere keren in het ziekenhuis verblijft, stapelen de facturen zich op en kunnen ze een zeer hoge last vormen.

Tabel 5. Aantal patiënten naar cumulatief factuurbedrag

	Aantal patiënten		
	2018	2021	2022
Totaal aantal	2.152.387	2.114.997	2.196.032
0 - €1.000	1.771.484	1.753.311	1.826.895
€1.000 - €3.000	276.160	272.875	276.064
€3.000 - €5.000	54.426	55.868	57.529
€5.000 - €10.000	26.277	25.852	27.635
€10.000 - €30.000	7.616	6.923	7.719
> €30.000	227	168	190

3.3. Medische ereloonsupplementen

De gefactureerde bedragen aan supplementen op **vergoedbare medische erelonen tijdens ziekenhuisopname**¹¹ vertegenwoordigen 45% van het totale bedrag dat aan patiënten gefactureerd wordt bij een ziekenhuisopname.

De evolutie van de ereloonsupplementen bij ziekenverblijven tussen 2021 en 2022 is belangrijk aangezien in mei 2022 de standstill van start ging, die de groei van de ereloonsupplementen bij ziekenhuisverblijven moet beperken. De analyse laat echter niet toe om een eventuele verschuiving van de ereloonsupplementen naar ambulante zorg te identificeren.

3.3.1. Ereloonsupplementen op vergoedbare medische erelonen

Het totaalbedrag aan ZIV-honoraria en remgeld voor ziekenhuisopname bedroeg **3,37 miljard euro in 2022**.

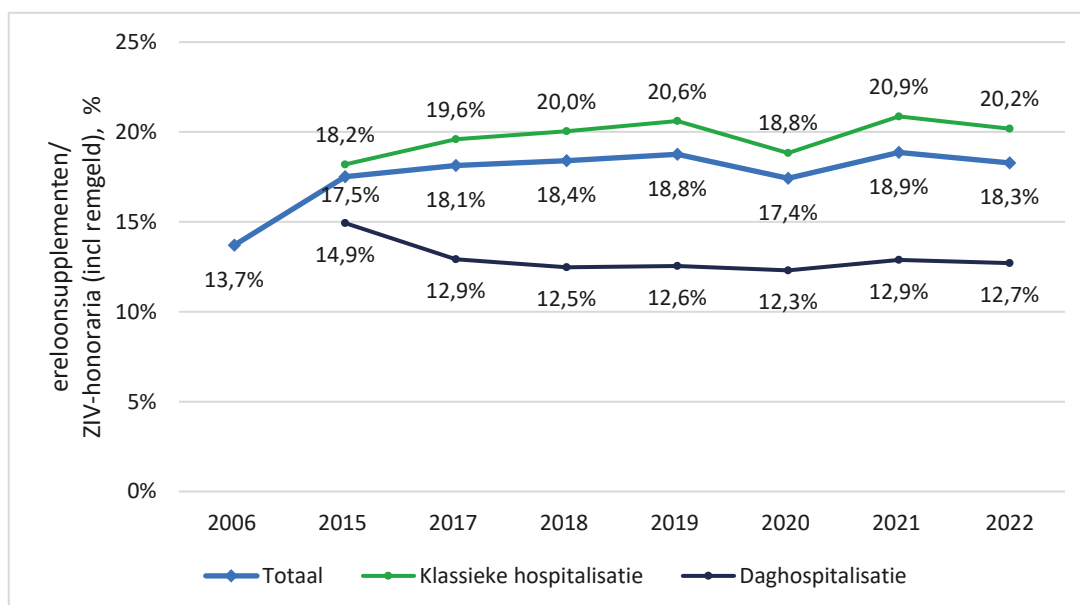
De ereloonsupplementen op vergoedbare medische erelonen voor ziekenhuisopnamen bedragen in 2022 616 miljoen euro (508 miljoen euro voor klasieke verblijven en 109 miljoen euro voor daghospitalisatie), **19 miljoen euro meer dan in 2021**.

¹¹ Van de 668 miljoen euro aan ereloonsupplementen en niet-vergoedbare erelonen, heeft 616 miljoen euro betrekking op ereloonsupplementen. De resterende 52 miljoen betreft niet-medische en niet-vergoedbare erelonen.

Tabel 6. Totale gefactureerde bedragen aan medische erelonen (ten laste van de ZIV + remgeldgedeelte ten laste van de patiënt) en ereloon-supplementen op vergoedbare medische erelonen (ten laste van de patiënt) per type verblijf, 2006-2022

(in miljoen euro)	2006	2015	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2021-2022 (%)	Δ 2019-2022 (%)
ZIV-honoraria	2.211	3.033	3.104	3.196	3.252	2.927	3.170	3.370	6,6%	3,6%
Klassieke hospitalisatie	1.870	2.418	2.430	2.499	2.519	2.293	2.377	2.514	5,8%	-0,2%
Daghospitalisatie	341	616	673	697	733	634	792	856	8,1%	16,8%
Ereloon-supplementen	303	531	563	588	610	510	598	616	3,1%	1,0%
Klassieke hospitalisatie	267	440	476	501	519	432	496	508	2,3%	-2,2%
Daghospitalisatie	36	92	87	87	92	78	102	109	6,7%	18,3%

Grafiek 2. Evolutie van het globale percentage ereloon-supplementen



Hoewel de massa ereloon-supplementen voor ziekenhuisverblijven in 2022 steeg, was het groeitempo lager dan dat van de ZIV-honoraria. Het resultaat is een lichte daling van de verhouding tussen de ereloon-supplementen en het ZIV-bedrag¹², zowel voor klassieke verblijven als voor daghospitalisatie.

De evolutie van het globale percentage van de ereloon-supplementen is afhankelijk van:

¹² ZIV-bedrag = tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering + remgeld

- a) evolutie in het **percentage** gefactureerde **ereloonsupplementen** voor verblijven met ereloonsupplementen bepaald door:
- het gefactureerde maximumpercentage voor ereloonsupplementen;
 - de basis voor de berekening van ereloonsupplementen;
- b) evolutie van **het aandeel verblijven** met ereloonsupplementen.

a) Het percentage ereloonsupplementen

a.1) Maximumpercentage van ereloonsupplementen

De opnameverklaring geeft voor elk ziekenhuis het maximumpercentage van de ereloonsupplementen weer die van toepassing zijn. Dit varieert naargelang het ziekenhuis van 100% tot 300%.

Omdat de informatie over het maximumpercentage van de ereloonsupplementen per bron verschilt, is de basis voor dit rapport het maximumpercentage dat elk ziekenhuis¹³ heeft gefactureerd (zie bijlage 2). Dit percentage bleef stabiel in de periode 2021-2022.

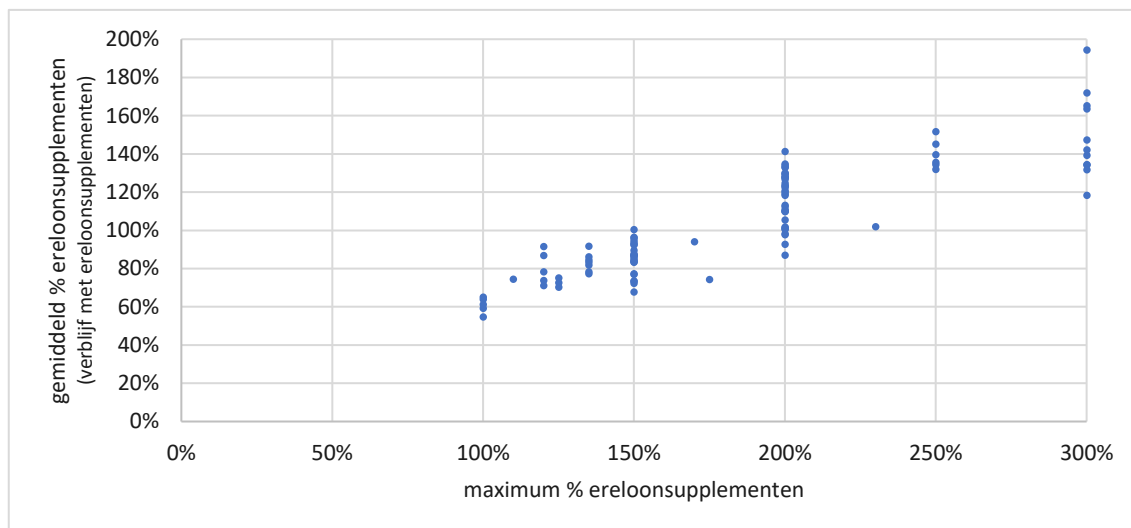
a.2) Percentage ereloonsupplementen per verblijf

Het percentage van de ereloonsupplementen die daadwerkelijk per verblijf worden aangerekend, verschilt van het theoretische maximumpercentage dat op de opnameverklaring staat vermeld¹⁴.

¹³ Het maximumpercentage is de verhouding tussen het 99^{ste} percentiel van de prestatie met het hoogste ereloonsupplementpercentage.

¹⁴ Gedetailleerde gegevens per ziekenhuis, gewest en op Belgisch niveau zijn beschikbaar op de IMA Atlas; <https://atlas.ima-aim.be/databanken/>

Grafiek 3. Vergelijking van ziekenhuizen volgens het gemiddelde percentage van de ereloonsupplementen voor verblijven met supplementen en het maximumpercentage van de gefactureerde ereloonsupplementen (P99)



Het verschil tussen het maximumpercentage van de ereloonsupplementen in een ziekenhuis en het gemiddelde percentage van de aangerekende ereloonsupplementen voor een verblijf wordt verklaard door het feit dat:

- het **werkelijke tarief** per prestatie dat wordt toegepast door de zorgverstreker/het ziekenhuis kan lager zijn dan het maximumtarief (of zelfs nul);
- de **berekeningsbasis**: voor bepaalde honoraria en/of in bepaalde situaties worden geen ereloonsupplementen aangerekend, omdat deze wettelijk verboden of beperkt zijn.

Bovendien hanteren verschillende ziekenhuizen verschillende maximumpercentages afhankelijk van bepaalde criteria (dienst/discipline, ingreep, luxekamer, conventio-nering van de verstreker of zelfs een individuele overeenkomst met de zorgver- strekker), wat het moeilijker maakt om informatie te verstrekken aan patiënten.

Zowel het maximumpercentage als de berekeningsbasis voor de ereloonsupplemen- ten zijn in sommige ziekenhuizen veranderd, waardoor het gemiddelde percentage aangerekende ereloonsupplementen voor verblijven met ereloonsupplementen is veranderd¹⁵.

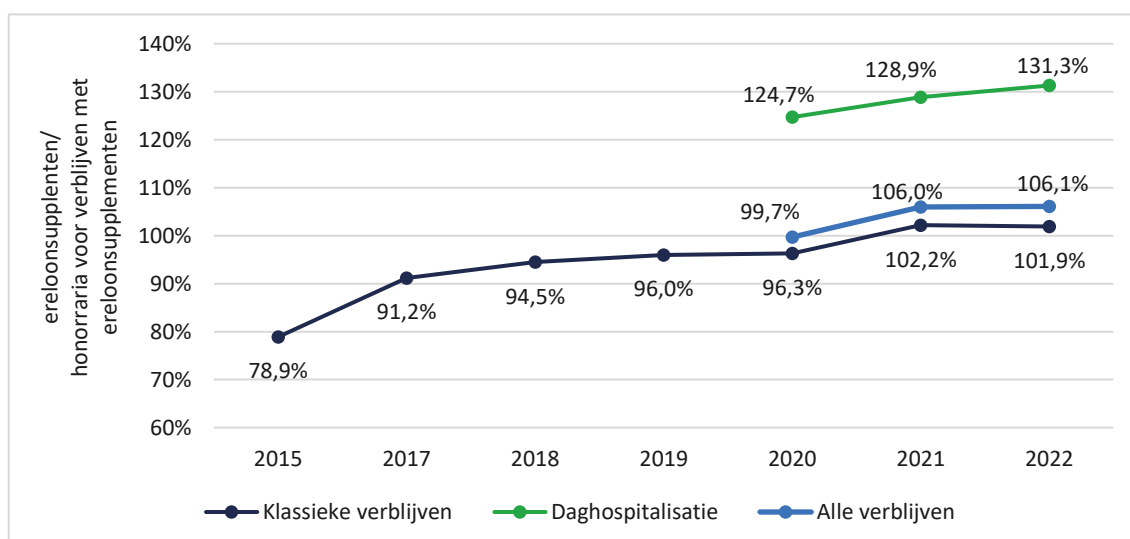
¹⁵ Bron: IMA Atlas > Financiële toegankelijkheid > Ziekenhuissupplementen

Tabel 7. Evolutie 2021-2022 in België

Verschil % 2022 - % 2021	2021-2022	2020-2022
Groei: % 2022-%2021 > 5	8 ziekenhuizen	37 ziekenhuizen
Daling: % 2022 - %2021 < -5	9 ziekenhuizen	2 ziekenhuizen

Voor alle verblijven met ereloonsupplementen in België blijft het gemiddelde percentage van de ereloonsupplementen stijgen voor daghospitalisatie, maar begint het licht te dalen voor klassieke opnames, wat onvoldoende is om de algemene groei (alle verblijven samen) tussen 2021 en 2022¹⁶ af te remmen. Het gemiddelde percentage is hoger voor daghospitalisatie dan voor klassieke verblijven.

Grafiek 4. Evolutie van het percentage ereloonsupplementen (voor verblijven met ereloonsupplementen)

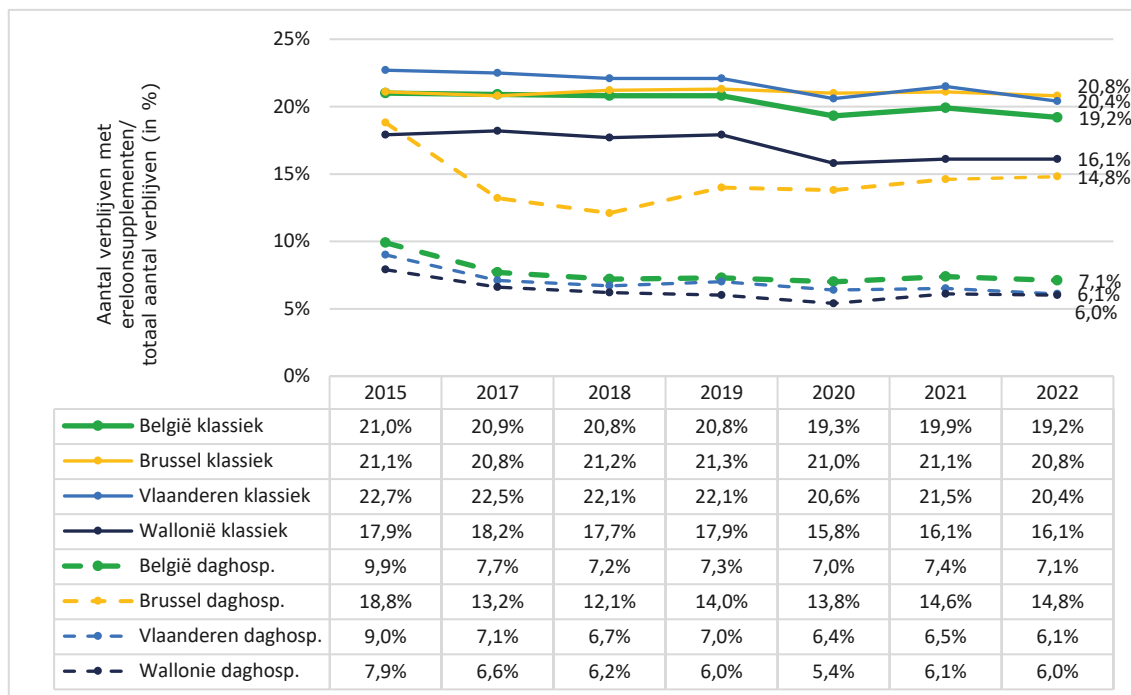


b) Aandeel verblijven met ereloonsupplementen – trend 2015-2022

Eén patiënt op 8 (12,8%) wordt geconfronteerd met ereloonsupplementen bij een ziekenhuisopname, zonder rekening te houden met eventuele ereloonsupplementen die tijdens een voorafgaande ambulante verstrekking werd aangerekend.

¹⁶ Gedetailleerde gegevens per ziekenhuis, gewest en op Belgische niveau zijn beschikbaar op de IMA Atlas; <https://atlas.ima-aim.be/databanken/>

Grafiek 5. Evolutie van het aandeel verblijven met ereloonsupplementen – per gewest



- ⇒ Het aandeel verblijven met ereloonsupplementen is hoger bij klassieke hospitalisatie dan bij daghospitalisatie, en er zijn significante regionale verschillen.
- ⇒ Het aandeel verblijven met ereloonsupplementen daalde licht in België, zowel voor klassieke verblijven als voor daghospitalisatie.
- ⇒ Het aandeel verblijven met ereloonsupplementen verschilt ook tussen ziekenhuizen en beïnvloedt hun inkomsten uit ereloonsupplementen.

De **variatie tussen ziekenhuizen** gaat **van 7,4% tot 53,0% voor klassieke verblijven** en **van 1,4% tot 40,2% voor daghospitalisaties** (bron: IMA Atlas).

c) Ereloonsupplementen: impact op de patiëntenfactuur

De opnameverklaring voorziet in een plafond voor het percentage ereloonsupplementen, maar er is **geen plafond** voor het **absolute bedrag**. Ze kunnen extreem hoog zijn en een aanzienlijke impact hebben op de patiëntenfactuur.

Tabel 8. Aantal verblijven naargelang het bedrag van de ereloon-supplementen

	Aantal klassieke verblijven			Aantal daghospitalisaties			
	2014	2018	2022	2014	2018	2022	
Alle verblijven	1.796.026	1.803.043	1.664.865	Alle verblijven	1.810.131	2.001.339	2.226.929
Geen ereloon-supplementen	1.417.772	1.428.407	1.343.067	Geen ereloon-supplementen	1.598.751	1.859.957	2.068.548
Met ereloon-supplementen	378.254	374.636	321.616	Met ereloon-supplementen	211.380	141.382	157.296
0 - €1.000	235.414	199.603	138.405	0 - €1.000	188.380	114.808	118.462
€1.000 - €3.000	119.678	142.650	147.315	€1.000 - €3.000	21.980	25.674	37.463
€3.000 - €5.000	16.125	21.669	23.982	€3.000 - €5.000	779	811	1.038
€5.000 - €10.000	5.888	8.860	9.925	> €5.000	57	89	333
€10.000 - €30.000	1.133	1.835	1.972				
> €30.000	16	19	17				

- ⇒ Bij meer dan 80% van de klassieke verblijven worden **geen ereloon-supplementen** aangerekend (cf. kamerkeuze).
- ⇒ Het **aantal verblijven met ereloon-supplementen** bij daghospitalisatie steeg tussen 2018 en 2022 (+15.914) en daalde voor klassieke verblijven (-53.020).
- ⇒ Voor een aantal verblijven **zijn** de ereloon-supplementen **extreem hoog**. Het aantal zeer hoge facturen neemt sterk toe.

Het maximumpercentage van de ereloon-supplementen dat in de opname-verklaring wordt vermeld, stelt patiënten niet in staat om de financiële last in te schatten die ze zullen moeten dragen. Ten eerste is dit percentage niet hetgene dat effectief aangerekend wordt en ten tweede kunnen patiënten dit niet vertalen naar een absoluut bedrag (in euro), dat erg hoog kan oplopen.

d) Uitsplitsing naar specialisatie van de arts¹⁷

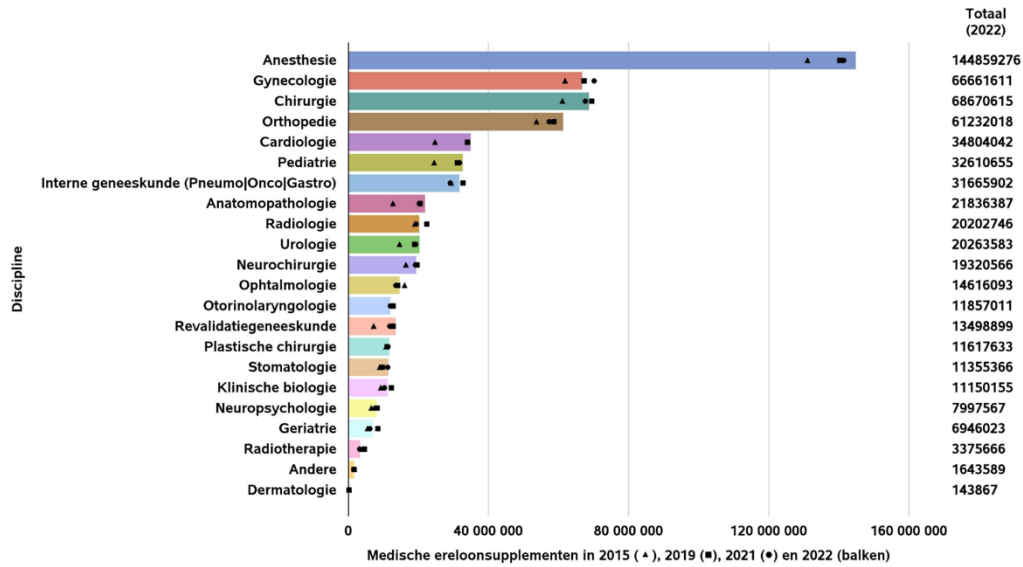
Het grootste deel van de 616 miljoen euro aan medische ereloon-supplementen wordt toegeschreven aan een paar specialisaties¹⁸: anesthesisten, gynaecologen,

¹⁷ Alle verblijven samen (klassiek + daghospitalisatie)

¹⁸ De specialisatie van de verstrekker steunt op een hergroepering van de kwalificatie in 3 cijfers (cf. Bijlage 4)

orthopedisch chirurgen en chirurgen zijn goed voor meer dan de helft van de ere-loonsupplementen voor ziekenhuisopnames.

Grafiek 6. Distributie van het totaal bedrag aan ere-loonsupplementen gefactureerd bij ziekenhuisopnames per individuele verstrekker, volgens de specialisatie van de arts (en evolutie 2015 – 2019 – 2022)



Het volume van de ere-loonsupplementen voor ziekenhuisverblijven laat een stijging zien voor bepaalde disciplines (gynaecologie, anesthesie) ten opzichte van 2019.



4. Conclusie

4.1. Voornaamste vaststellingen

Een analyse van de bedragen die in 2022 aan patiënten werden gefactureerd bij een klassieke opname of daghospitalisatie leidt tot de volgende conclusies.

Gemiddeld zijn de aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in eenpersoonskamers gestegen.

Het **bedrag dat aan de patiënt gefactureerd wordt**, varieert sterk van verblijf tot verblijf. Het kan erg hoog oplopen. Het **risico om geconfronteerd te worden met zeer hoge facturen** blijft stijgen.

Terwijl **het globale percentage van ereloonsupplementen is gestabiliseerd**, wijst de groei in kamersupplementen en verschillende niet-vergoedbare prestaties op een reëel risico van verschuiving van kosten naar de patiënt. Transparantie van alle kosten die door patiënten worden gedragen, inclusief extramurale kosten, is essentieel als we de monitoring van de patiëntenfactuur naar aanleiding van ziekenhuisverblijven willen aanvullen met een monitoring van de andere kosten die door patiënten worden gedragen.

4.2. Belangrijkste resultaten

Hoog totaalbedrag ten laste van de patiënt

Gehospitaliseerde patiënten betaalden in totaal €1,37 miljard. Meer dan tweede derde (68,8%) van dit bedrag, namelijk **supplementen en niet-vergoedbare betalingen**, zijn **uitgesloten van financiële beschermingsmechanismen** van de verplichte ziekteverzekering¹⁹. Van die 947 miljoen euro supplementen en niet-vergoedbare betalingen in 2022 (wat 36 miljoen euro hoger is dan in 2021) zijn **731 miljoen euro kamertypegeleerde supplementen** (ereloon- en kamersupplementen op eenpersoonskamers). Remgelden, die wel in aanmerking komen voor de verschillende financiële beschermingsmechanismen, lopen op tot 429 miljoen euro.

Risico voor de patiënt om geconfronteerd te worden met zeer hoge factuur

De patiëntenfactuur overschreed 3.000 euro bij meer dan 73.000 klassieke verblijven en 3.200 daghospitalisaties in 2022.

- **Deze factuur bedraagt meer dan 1.000 euro voor meer dan 1 op de 6 klassieke verblijven.**
- **Het aantal dagopnames waarbij de kost ten laste van de patiënt minstens 1000 euro bedraagt, is 8% hoger in 2022 dan in 2021.**
- Ook op meerpersoonskamers kan het aan de patiënt gefactureerde bedrag hoog oplopen, ook bij daghospitalisatie, bv. door de kost van implantaten²⁰.

Hoge ereloonsupplementen

- Op het totaal van 947 miljoen aan supplementen en niet-vergoedbare betalingen, **zijn ereloonsupplementen op medische vergoedbare erelonen (616 miljoen euro) goed voor 65,1%.**

In 2022 was de groei van de ereloonsupplementen lager dan de groei van de officiële honoraria. Het totale percentage ereloonsupplementen²¹ daalde van 18,9% in 2021 naar 18,3% in 2022. Deze daling is deels te wijten aan een lichte daling van het percentage verblijven met ereloonsupplementen, en deels aan

¹⁹ Tot deze financiële beschermingsmechanismen behoren met name de verhoogde tegemoetkoming (VT) en de maximumfactuur (MAF).

²⁰ Meer uitleg https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf, p.33

²¹ Verhouding tussen de massa ereloonsupplementen en de vergoedbare medische honoraria (tussenkost van de verplichte ziekteverzekering + remgeld).

een lichte daling van het gemiddelde percentage van de ereloonsupplementen voor klassieke opnames in eenpersoonskamers, terwijl het gemiddelde percentage toeslagen voor daghospitalisaties met ereloonsupplementen is blijven stijgen. In absolute cijfers was de ereloonsupplementenmassa op medisch vergoedbare honoraria bij ziekenhuisopnames in 2022 18 miljoen euro hoger dan in 2021.

- Praktijkvariatie wordt op alle niveaus vastgesteld:
 - Zeer **grote variatie tussen ziekenhuizen** op het vlak van
 - het percentage geattesteerde ereloonsupplementen t.o.v. de officiële ZIV-honoraria
 - het aandeel verblijven met attestering van ereloonsupplementen, ook bij daghospitalisatie
 - En zelfs tussen individuele verstrekkers binnen eenzelfde specialisme
- Zeer grote variatie van de geattesteerde ereloonsupplementen per verblijf, zowel in functie van het type ingreep als in functie van in welk ziekenhuis de ingreep uitgevoerd wordt, en zelfs binnen hetzelfde ziekenhuis voor eenzelfde ingreep

4.3. Opmerkingen en aanbevelingen

Nood aan informatie op maat van de patiënt

- Voor de opname heeft de patiënt weinig informatie over de kostprijs van zijn of haar ziekenhuisverblijf. Bovendien kan het bedrag van zijn rekening sterk variëren om factoren waarop de patiënt geen invloed heeft. De patiënt heeft dus geen tariefzekerheid en ondertekent in feite een blanco cheque bij opname in het ziekenhuis. **Er is nood aan meer transparantie omtrent de absolute bedragen.**
- **Het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage is slechts weinig informatief over de aan de patiënt gefactureerde ereloonsupplementen:**
 - de patiënten kennen vooraf niet het bedrag op basis waarvan deze ereloonsupplementen bekend worden;
 - het bedrag van de (ereloon)supplementen is niet begrensd;
 - bepaalde ziekenhuizen introduceren verschillende uitzonderingen met betrekking tot de toepassing van het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage (voor bepaalde disciplines, bepaalde prestaties, uitzonderingen met toestemming enz.);
 - de aan de verzekeringsinstellingen gecommuniceerde informatie met betrekking tot het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage is niet steeds identiek aan de informatie op ziekenhuiswebsites/opnameverklaringen, en kan ieder moment binnen bepaalde contouren aangepast worden.

- 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 te verwachten kosten van de hospitalisatie. 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.

Versterking van de financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid

De toegankelijkheid van de zorg is afhankelijk van een afdoende financiële toegankelijkheid. Hiervoor moeten we:

- de beschermingsmechanismen tegen hoge facturen versterken;
- evolueren naar een vaste prijs voor de patiënt voor bepaalde prestaties, zodat de patiënt vooraf uniforme en betrouwbare informatie krijgt.

De kwestie van financiële toegankelijkheid moet voor alle kamertypes onderzocht worden.

Nood aan uitgebreide transparantie

De analyse van de patiëntfactuur voor ambulante prestaties en andere kosten die niet in de ziekenhuisfactuur zijn opgenomen, zou een vollediger beeld geven van de financiële toegankelijkheid. Dit vereist volledige transparantie van de ambulante praktijken.

Het gebrek aan transparantie (over retrocessies en de toewijzing ervan) 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.

Referenties

- [1] Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. 2020.
- [2] Buffalo V, Nicaise I. Report on Inequalities in access to healthcare. Brussels: 2018.
- [3] Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium (who.int)
- [4] Uitstel of afstel van medische zorg om financiële redenen (i07); indicators.be https://indicators.be/nl/i/G01_PHC/nl
- [5] IMA Atlas > Financiële toegankelijkheid > Ziekenhuissupplementen: <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl>
- [6] IMA-rapport: Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt; <https://ima-aim.be/Ziekenhuiskosten-ten-laste-van-de>

Bijlagen

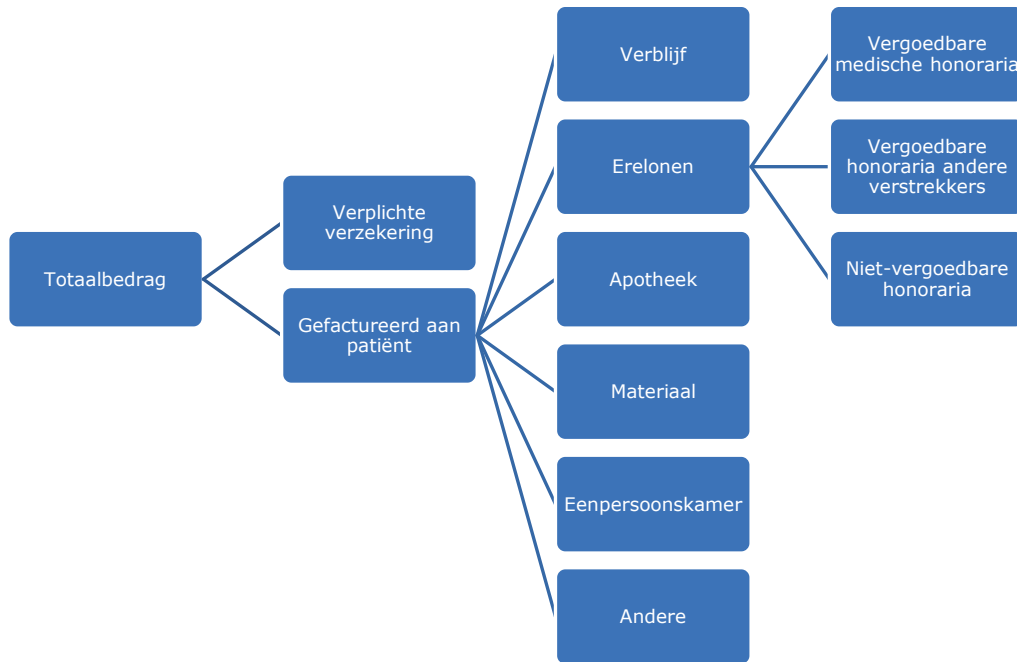
Bijlage 1. Methodologische aspecten

A. Remgeld / niet vergoedbare prestaties

Remgeld of persoonlijke bijdrage is het verschil tussen het wettelijke tarief en het bedrag dat de verplichte ziekteverzekering aan de patiënt terugbetaalt. Deze bedragen worden gedefinieerd in de nomenclatuur van de gezondheidszorgen en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De remgelden worden over het algemeen vermindert voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (niet voor implantaten). Bovendien worden ze meegerekend in de maximumfactuur, wat ook een mechanisme is om de financiële toegankelijkheid te garanderen.

Supplementen en niet-vergoedbare bedragen zijn veel minder gereguleerd en zijn volledig ten laste van de patiënt, met inbegrip van patiënten die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming of patiënten die de maximumfactuur hebben bereikt.

B. Structuur van de verschillende uitgavencategorieën



- Het **verblijf** omvat het bedrag per opname en het bedrag per ligdag²² voor klassieke verblijven en het chirurgisch dagziekenhuis, evenals forfaits voor niet-chirurgische daghospitalisatie (forfaits 1 tot en met 7, chronische pijn) en forfaits voor oncologisch dagziekenhuis. Deze bedragen zijn voornamelijk bedoeld om mee de hotel- en zorgkosten te dekken. De twaalfden die maandelijks aan de ziekenhuizen worden uitbetaald onder andere voor de financiering van ziekenhuisverpleging voor klassieke en chirurgisch dagziekenhuisverblijven zijn in de cijfers niet opgenomen. Bij de verblijfskosten is er alleen bij klassieke opnames een remgeldgedeelte ten laste van de patiënt. Ze variëren afhankelijk van het sociaal statuut van de patiënt en de verblijfsduur
- Het **ereloon** omvat de **vergoedbare medische honoraria**, maar ook **vergoedbare honoraria van andere verstrekkers** (tandartsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, logopedisten, bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens), eventuele **ereloonsupplementen** en **niet-vergoedbare honoraria** (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). De vergoedbare medische honoraria en ereloonsupplementen erop vormen het grootste deel van de globale honoraria. Forfaitaire vergoedingen voor verblijven met laagvariabele zorg zijn ook in de totale vergoedingen begrepen.

²² Twaalfden van het BFM zijn niet meegenomen in de analyses.

- 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). Materiaalsupplementen zijn het verschil tussen de vergoedingsbasis en de plafondprijs van sommige implantaten.
- **Kamersupplementen** omvatten dagelijkse toeslagen (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 elk ziekenhuis.
- De uitgavecategorie '**apothek**' omvat terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare (ten laste van de patiënt) farmaceutische specialiteiten en andere farmaceutische diensten.
- De categorie '**andere**' omvatten hoofdzakelijk andere diverse kosten voor de patiënt bij een ziekenhuisopname, zoals kamercomfort, eten en drinken, of een bed voor een begeleidende persoon. Daarnaast vallen ook bijvoorbeeld niet-vergoedbare hygiëneproducten onder deze categorie.

C. Bepaling van de kamercategorie

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 ereloonsupplement zonder kamersupplement wordt aangerekend, ook beschouwd als eenpersoonskamer-verblijven naast verblijven waarvoor code 761633 wordt aangerekend. Sommige ziekenhuizen brengen namelijk geen kosten in rekening voor een eenpersoonskamer die in daghospitalisatie wordt toegekend.

D. Hergroepering van specialisaties

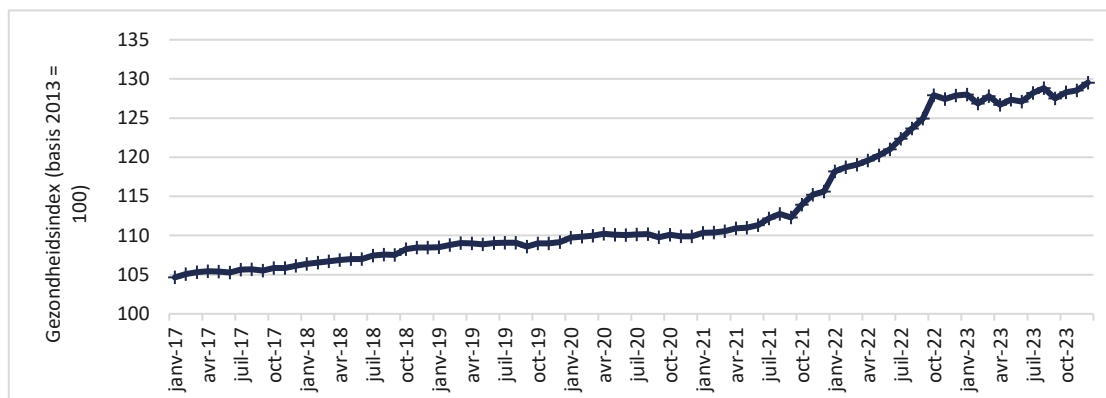
Tabel 8. Kwalificatie van de specialisaties in deze studie, gebaseerd op een hergroepering van de bevoegdheidscodes

	Hergroepering van de specialisatie	Geselecteerde bevoegdheidscodes	Basisspecialisatie
1	Anapath	087, 870	specialist in de pathologische anatomie
2	Anesth	010, 100-139	specialist in de anesthesie-reanimatie
3	Cardio	073, 730-739	specialist in de cardiologie
4	Chir	014, 140-169	specialist in de heelkunde
5	Plast. chir	021, 210, 219, 222	specialist in de plastische chirurgie
6	Dermato	055, 550 tot 569	specialist in de dermato-venereologie
7	Geriatr	018, 180-184	specialist in de geriatrie
8	Gynaeco	034, 340-369	specialist in de gynaecologie en verloskunde
9	Labo	086, 860-867	specialist in de klinische biologie
10	Inwend. gen/ pneumo/onco	058, 062, 065, 066, 079, 573-660, 790- 799	specialist in de inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, medische oncologie, reumatologie
11	Neurochir	017, 170, 199	specialist in de neurochirurgie
12	(Neuro)(psy)	076, 077, 078, 760- 784	specialist in de neuropsychiatrie
13	Oftalmo	037, 370-399	specialist in de oftalmologie
14	NKO	041, 410-422	specialist in de otorhinolaryngologie
15	Orthopedist	048, 480-499	specialist in de orthopedische heelkunde
16	Pediater	069, 689-699	specialist in de kindergeneeskunde
17	Radioloog	093, 930-939	specialist in de röntgendiagnose
18	Radiotherapie/ Nucl. Gen.	096, 097, 960-997	specialist in de radiotherapie en specialist in de nucleaire geneeskunde
19	Reva	083, 830-839	specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie
20	Stomato	052, 520, 521	specialist in de stomatologie
21	Uroloog	045, 450-459	specialist in de urologie

E. Evolutie van de prijsindex

In de analyses worden de bedragen uitgedrukt in courante prijzen. Hun evolutie moet worden vergeleken met de evolutie van de gezondheidsindex.

Evolutie gezondheidsindex



Na een gematigde groei van de gezondheidsindex²³ van 2018 tot 2021 (+4,5% op drie jaar), is de index sterk gestegen met 9,3% in 2022 ten opzichte van 2021, en 14,2% ten opzichte van 2018.

De specifieke indexeringsregelingen die van kracht zijn in het gezondheidszorgsysteem betekenden dat deze stijging op verschillende manieren en in verschillende tijdsbestekken een weerslag had op de financiering, afhankelijk van het type uitgaven.

Aangezien het gezondheidsindexeringssysteem slechts met vertraging reageert op de hoge inflatie van 2022, werd een eenmalige betaling van 2% toegekend op 1 juni 2022 aan zorgverleners van wie de honoraria gekoppeld zijn aan de gezondheidsindex.

²³ De gezondheidsindex (basisjaar 2013) voor de jaren 2018:107,35; 2021: 112,21; 2022: 122,59. Bron: Statbel <https://statbel.fgov.be/nl/themas/consumptieprijnsindex/gezondheidsindex>

Bijlage 2. Maximaal aanrekenbaar ereloon-supplementenpercentage per ziekenhuis: evolutie 2021-2022

Het maximumpercentage in de laatste kolom van onderstaande tabel is het 99ste percentiel van percentage ereloon-supplementen voor medische diensten met ereloon-supplementen (bij klassieke opname en daghospitalisatie).

Netwerk	Regio	Ziekenhuis	Max % gefactureerd (P99)		
			2021	2022	
BRIANT Vzw	V	AZ St.-Maarten	[Mechelen]	175%	175%
	V	AZ Heilig Hart	[Lier]	135%	135%
	V	AZ Jan Portaels	[Vilvoorde]	150%	150%
	V	Imelda Ziekenhuis	[Bonheiden]	150%	150%
CUROZ Vzw	B	UZ Brussel	[Brussel]	175%	175%
	V	AZ Sint-Maria	[Halle]	200%	200%
	V	Onze Lieve Vrouweziekenhuis	[Aalst, Asse, Ninove]	150%	150%
	V	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	[Aalst]	150%	150%
E17 Vzw	V	AZ Maria Middelaars	[Gent]	150%	150%
	V	St.-Jozefskliniek	[Izegem]	150%	150%
	V	AZ St.-Vincentius	[Deinze]	150%	150%
	V	AZ St.-Elisabeth	[Zottegem]	150%	150%
	V	AZ Groeninge	[Kortrijk]	135%	135%
	V	O.L.V. Van Lourdes Ziekenhuis Waregem	[Waregem]	150%	150%
	V	AZ Glorieux	[Ronse]	150%	150%
ELIPSE Réseau Hospitalier Universitaire	W	Centre Hospitalier Reine Astrid	[Malmedy]	200%	200%
	W	CHR Verviers East Belgium	[Verviers]	200%	200%
	W	Clinique Andre Renard	[Herstal]	150%	150%
	W	Centre Hospitalier Du Bois De L'Abbaye et de Hesbaye	[Seraing, Waremme]	200%	200%
	W	CHR de Huy	[Huy]	200%	200%
	W	CHR Citadelle	[Herstal, Liège]	200%	200%
	W	CHU De Liège	[Liège]	200%	200%
GENT Vzw	V	AZ Oudenaarde	[Oudenaarde]	135%	135%
	V	AZ St.-Lucas	[Gent]	125%	125%
	V	Universitair Ziekenhuis Gent	[Gent]	125%	125%
	V	AZ Jan Palfijn	[Gent]	135%	135%
HELIX Vzw	V	AZ Rivierenland	[Bornem, Willebroek, Rumst]	200%	200%
	V	UZ Antwerpen	[Edegem]	200%	200%
	V	AZ Sint-Jozef	[Malle]	200%	200%
	V	AZ Monica	[Deurne]	200%	200%
	V	AZ Klina	[Brasschaat]	200%	200%
	W	CHU Tivoli	[La Louvière]	300%	300%

HELORA Réseau Hospitalier	W	Groupe Jolimont	[Haine-Saint-Paul]	200%	200%
	W	CHU Ambroise Pare	[Mons]	250%	250%
	W	Groupe Jolimont	[Boussu, Mons]	200%	200%
	W	Groupe Jolimont	[Nivelles]	200%	200%
KEMPEN Vzw	V	AZ Turnhout	[Turnhout]	135%	135%
	V	Heilig Hart Ziekenhuis	[Mol]	135%	135%
	V	AZ Herentals	[Herentals]	135%	135%
	V	Ziekenhuis Geel	[Geel]	135%	135%
KOM Netwerk Vzw	V	AZ Alma	[Eeklo]	150%	150%
	V	AZ St.-Jan Brugge-Oostende	[Brugge, Oostende]	100%	100%
	V	AZ St.-Lucas	[Brugge]	150%	150%
	V	AZ West	[Veurne]	125%	125%
	V	AZ Zeno	[Knokke-Heist]	120%	120%
	V	AZ Damiaan	[Oostende]	135%	135%
MIRA Vzw	V	AZ St.-Blasius	[Dendermonde]	150%	150%
	V	Vitaz	[Sint-Niklaas, Lokeren, Beveren, Temse]	150%	150%²⁴
Netwerk GZA - ZNA Vzw	V	Ziekenhuisnetwerk Antwerpen	[Antwerpen]	200%	200%
	V	GZA- Ziekenhuizen	[Antwerpen, Mortsel, Wilrijk]	150%	200%
Noord-Oost Limburg Vzw	V	Ziekenhuis Oost-Limburg	[Genk]	150%	150%
	V	Ziekenhuis Maas En Kempen	[Maaseik]	150%	150%
	V	Mariaziekenhuis Noord-Limburg	[Overpelt]	150%	150%
PLEXUS Vzw	V	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	[Leuven]	150%	150%
	V	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	[Tienen]	150%	150%
	V	Universitair Ziekenhuis Leuven	[Leuven]	150%	150%
	V	AZ Diest	[Diest]	150%	150%
Réseau CHORUS	B	CHU Saint-Pierre / UMC Sint-Pieter	[Brussel]	300%	300%
	B	CHU Brugmann	[Brussel]	300%	300%
	B	Institut Jules Bordet	[Brussel]	300%	300%
	B	Hôpitaux Iris Sud - Iris Ziekenhuizen Zuid	[Brussel]	300%	300%
	B	Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)	[Brussel]	300%	300%
	B	CHIREC - Hôpital Delta	[Brussel]	300%	300%
	B	Clinique Universitaire de Bruxelles - Hôpital Erasme	[Brussel]	300%	300%
	B	CHIREC - Hôpital Sare	[Brussel]	300%	300%
Réseau Hospitalier clinique Icorégional H.Uni	B	Kliniek St.-Jan - Clinique St.-Jean	[Brussel]	200%	200%
	B	Europaziekenhuizen - Cliniques De L'Europe	[Brussel]	200%	200%
	B	Cliniques Universitaires Saint-Luc	[Brussel]	300%	300%

²⁴ Fusie AZ Nikolaas – AZ Lokeren

	W	Clinique Saint Pierre	[Ottignies]	200%	200%
Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole (RHCM)	W	Grand Hôpital De Charleroi	[Charleroi, Gilly, Lovernal, Montignies-Sur-Sambre]	200%	200%
	W	Clinique Notre-Dame De Grace	[Gosselies]	250%	250%
	W	CHR De Namur	[Namur]	200%	200%
Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.)	W	CHU UCL Namur	[Mont-Godinne]	200%	200%
	W	CHR Sambre Et Meuse	[Auvelais, Fosses-La-Ville]	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Namur]	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Dinant]	200%	200%
	W	Clinique St.-Luc	[Bouge]	200%	200%
Réseau Humani Santé	W	Centre De Sante Des Fagnes	[Chimay]	229%	229%
	W	CHU De Charleroi - Hôpital Andre Vésale	[Montigny-Le-Tilleul]	200%	200%
	W	CHU De Charleroi	[Lodelinsart]	200%	200%
Réseau MOVE	W	St.-Nikolaus Hospital	[Eupen]	200%	200%
	W	Clinique CHC	[Liège, Warremme]	250%	250%
	W	Clinique CHC	[Hermalle-Sous-Argenteau, Heusy]	250%	250%
	W	Klinik St.-Josef	[Sankt-Vith]	200%	200%
Réseau PHARE	W	CHR de la Haute Senne	[Soignies, Neufvilles]	300%	300%
	W	Centre Hospitalier De Mouscron	[Mouscron]	100%	100%
	W	Centre Hospitalier Epicura	[Frameries, Hornu, Baudour]	250%	250%
	W	Centre Hospitalier De Wallonie Picarde – CHwapi	[Tournai]	200%	200%
	W	Centre Hospitalier Epicura	[Ath]	250%	250%
réseau Viva-lia	W	Vivalia	[Bastogne, Marche-En-Famenne]	200%	200%
	W	Vivalia	[Libramont]	200%	200%
	W	Vivalia	[Arlon, Saint-Mard]	200%	200%
TRIaz Vzw	V	Jan Yperman Ziekenhuis	[Ieper]	120%	120%
	V	AZ Delta	[Menen, Torhout, Roeselare]	100%	100%
	V	St.-Andries Ziekenhuis	[Tielt]	100%	100%
Ziekenhuis-netwerk ZuidWest-Limburg Vzw	V	Jessaziekenhuis	[Hasselt]	150%	150%
	V	St.-Franciskus Ziekenhuis	[Heusden]	150%	150%
	V	St.-Trudo Ziekenhuis	[Sint-Truiden]	150%	150%
	V	AZ Vesalius	[Tongeren]	150%	150%