



IMA Ziekenhuisbarometer

Inventaris van aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene acute ziekenhuizen: gegevens 2021

Juni 2023

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

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 2021.
- Publicatiedatum:** 15 juni 2023
- Redactie:** Erik Roelants
- Aanbevolen referentie:** Bruyneel, Luk; Kestens, Wies; De Wolf, Françoise; Di Zinno, Tonio; Dolphens, Mieke; Landtmeters, Bernard (2023), IMA ziekenhuisbarometer Inventaris van aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene en universitaire ziekenhuizen, IMA Intermutualistisch 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.....	5
2. Methodologie	6
2.1. Gegevens	6
2.2. Analyse.....	8
2.3. Studiebependingen	9
3. Resultaten	12
3.1. Globale gegevens en evoluties	12
3.2. Variatie in de aan de patiënt gefactureerde bedragen per verblijf	19
3.3. Medische ereloonsupplementen	25
4. Conclusie	38
4.1. Belangrijkste bevindingen	39
4.2. Opmerkingen en aanbevelingen.....	41
Referenties	43
Bijlagen	45
Bijlage 1. Financieringskanalen van de Belgische gezondheidszorg	45
Bijlage 2. Verdeling van het bedrag gefactureerd aan de patient volgens type verblijf en kamercategorie.....	48
Bijlage 3. Maximaal aanrekenbaar ereloonsupplementenpercentage per ziekenhuis	49
Bijlage 4. Hergroepering van specialismen	54
Bijlage 5. Wat is een 'boxplot'?.....	55

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 100 Belgische algemene en universitaire ziekenhuizen werd in 2021 in totaal €1,32 miljard remgeld, supplementen en niet-vergoedbare betalingen gefactureerd aan patiënten tijdens klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties. Bijna 70% van dit aan de patiënt gefactureerde bedrag, €911 miljoen, betrof supplementen en niet-vergoedbare betalingen¹. Ten opzichte van voorgaande jaren betekent dit verhoudingsgewijs een toename (69% in 2021; 68% in 2019 en 67% in 2018) van bedragen die uitgesloten zijn van de 'vangnetten' in het Belgisch gezondheidszorgsysteem met name de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming.

Bijna twee derde van dit bedrag aan supplementen en niet-vergoedbare betalingen zijn **ereloon supplementen op vergoedbare artsenhonoraria, goed voor €598 miljoen**. Opvallend is de **toename van de ereloon supplementen massa bij daghospitalisatie** (€102 miljoen in 2021 tegenover €92 miljoen in 2019, d.i. een toename met 10,9% terwijl het aantal dagopnames in deze periode met 4,2% is toegenomen).

De verhouding tussen het totale bedrag aan ereloon supplementen op de vergoedbare medische erelonen bij een ziekenhuisopname en het totale bedrag aan vergoedingen (tussenkost van de verplichte verzekering (ZIV) + remgeld), alle kamertypes samen) is na de daling in 2020 weer gegroeid en ligt boven het niveau van 2019 voor

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

klassieke opnames (20,6% in 2021; 20,4% in 2019) en voor dagopnames (12,8% in 2021; 12,5% in 2019).

Onze analyse van kosten ten laste van de patiënt (remgeld, supplementen en niet-vergoedbare betalingen) bij ziekenhuisverblijven bevestigt en versterkt verder de conclusies beschreven in vorige rapporten.

- **Per opname beschouwd**, is tussen 2019 en 2021 **de gemiddelde kost ten laste van de patiënt** verder gestegen. Voor een **klassieke hospitalisatie** in een eenpersoonskamer stegen de gemiddelde aan patiënten gefactureerde bedragen tot €304 in een gemeenschappelijke kamer (+5,3% tegenover 2019) en €2.348 in een eenpersoonskamer (+7,2%). Voornamelijk de toename in supplementen en niet-vergoedbare betalingen ligt aan de basis hiervan. De gemiddelde factuur per opname bij **daghospitalisatie** is ook sterk gestegen, behalve voor oncologisch dagziekenhuis.
- Ten tweede blijft er een reëel risico dat de **patiënt wordt geconfronteerd met zeer hoge eigen uitgaven**, vooral onder invloed van **supplementen en niet-vergoedbare betalingen**. In 2021 bedroeg de patiëntenfactuur meer dan €3.000 bij ongeveer 70.000 klassieke verblijven en 3.000 daghospitalisaties. Bij 3.885 ziekenhuisopnames overschreed de patiëntenfactuur €10.000. Niettegenstaande (extreem) hoge facturen veelal gelieerd zijn aan verblijven in eenpersoonskamers, kan de kost voor de patiënt ook hoog oplopen op meerpersoonskamer, bv. door de kost van implantaten. Ook opvallend is de **toename van het aantal dagopnames waarbij de kost ten laste van de patiënt €1.000 overschrijdt** (55.247 in 2021 t.o.v. 46.343 in 2019, d.i. +19,2%).
- Ten derde is het nog steeds zo dat de **patiënt geconfronteerd wordt 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 gemeenschappelijke kamer. 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

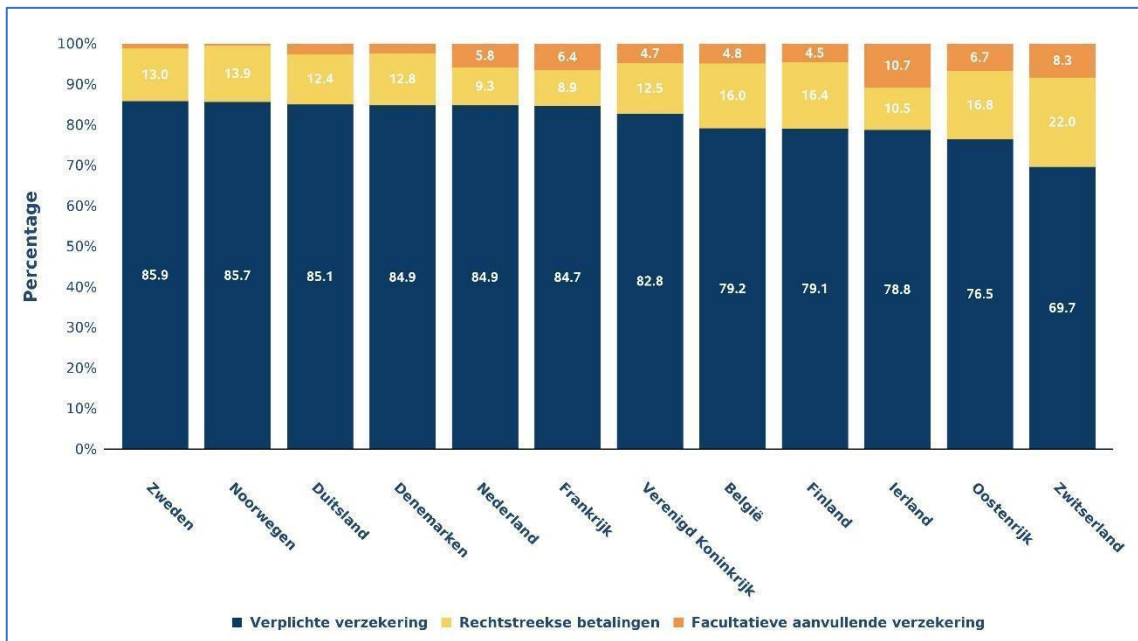
Elk jaar publiceert het Intermutualistisch Agentschap (IMA) ramingen van de aan patiënten gefactureerde bedragen voor een ziekenhuisverblijf. Op deze manier worden beleidsmakers, onderzoekers en de brede bevolking geïnformeerd over de evolutie in de aan patiënten gefactureerde bedragen omwille van een 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. De verschillende financieringskanalen (zie Bijlage 1) dragen hiertoe bij.

In 2020 werd ongeveer een vijfde (20,8%) van alle uitgaven aan gezondheidszorg (ruimer dan ziekenhuiszorg) gedragen door de patiënt, **met name 16,0% door rechtstreekse betalingen en 4,76% door facultatieve aanvullende verzekeringen**. Dit eigen aandeel ligt aanzienlijk hoger dan in onze buurlanden (**Figuur 1**) [1].

Figuur 1. Financieringskanalen van de gezondheidszorg in België en een selectie andere landen binnen de OESO, 2020



Bron: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), 2022 [3]

Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een gestaag groeiend probleem in België, met name bij de laagste inkomensgroepen. Ook kunnen privé-uitgaven voor gezondheidszorg zodanig oplopen dat personen de armoede worden ingeduid wanneer ze geconfronteerd worden met ernstige gezondheidsproblemen [5,6].

In de strijd tegen de COVID-19-pandemie dienden de ziekenhuizen op verschillende momenten hun niet-COVID-19-zorg terug te schroeven. Bovendien was er een verbod op het factureren van onder meer ereloon- en kamersupplementen bij ziekenhuisopnames van COVID-19-patiënten. Dit leidde tot een daling van de activiteit en

van het totaalbedrag dat aan patiënten werd gefactureerd, en tot de invoering van ziekenhuisspecifieke financiële compensatiemechanismen, waardoor 2020 een atypisch jaar werd. Hoewel COVID-19 in 2021 nog steeds een impact had op de ziekenhuizen, was er sprake van een geleidelijk herstel van de activiteit. In dit rapport wordt de evolutie berekend ten opzichte van 2019 (vóór de pandemie) in plaats van 2020.

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.

1.2. Doelstelling

De opzet van dit onderzoek is drieledig.

Ten eerste beschrijven we de aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene en universitaire ziekenhuizen in 2021, en de evolutie van deze bedragen over de tijd. We hebben aandacht voor zowel remgelden als supplementen met inbegrip van niet-vergoedbare betalingen, en bestuderen zowel klassieke hospitalisaties als daghospitalisaties. Deze laatste categorie wordt opgedeeld in chirurgische daghospitalisaties, niet-chirurgische (medische) daghospitalisaties en oncologische daghospitalisaties.

Ten tweede bestuderen we de variatie tussen en binnen ziekenhuizen wat betreft de gefactureerde bedragen aan de patiënt per verblijf, naargelang verschillende factoren: het ziekenhuis, het kamertype, het statuut van de patiënt (recht op verhoogde tegemoetkoming of niet), de ingreep...

Ten derde hebben we specifieke aandacht voor ereloon-supplementen op vergoedbare medische honoraria, aangezien deze bij ziekenhuisopnames goed zijn voor 45% van de totale aan de patiënt gefactureerde bedragen.



2. Methodologie

In dit hoofdstuk lichten we toe welke brongegevens we gebruiken en hoe we deze analyseren in functie van de doelstellingen van de IMA Ziekenhuisbarometer.

2.1. Gegevens

De geanalyseerde gegevens hebben betrekking op alle facturatiegegevens van ziekenhuisopnames in algemene acute (inclusief universitaire) ziekenhuizen van 2018 tot 2021, 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 activiteitstypes die deel uitmaken van deze studie zijn klassieke ziekenhuisverblijven, chirurgische daghospitalisaties, niet-chirurgische daghospitalisaties (maxi-forfait, forfait 1 tot 7, forfait chronische pijn met uitzondering van gipskamerforfait, forfait voor poortkatheter ...) en oncologisch dagziekenhuis².

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 100 algemene ziekenhuizen met een afzonderlijk erkenningsnummer (zie Bijlage 3). Het vaste gedeelte van het Budget van Financiële Middelen (BFM)³ dat vereffend wordt aan de ziekenhuizen via twaalfden (€5,7 miljard in 2021, +11,8% tegenover 2019⁴) en eventuele uitzonderlijke tussenkomsten maken geen deel uit van deze gegevensanalyse. Er wordt dus geen rekening gehouden met verschillende investeringen in de ziekenhuissector (zorgpersoneelsfonds, tijdelijke steunmaatregelen ter bestrijding van COVID, IFIC ...) bij de terugbetaalde bedragen en de evolutie ervan.

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 eenpersoonskamerverblijven naast verblijven waarvoor code 761633 wordt aangerekend. Sommige ziekenhuizen brengen namelijk geen kosten in rekening voor een eenpersoonskamer die in daghospitalisatie wordt toegekend.

In het kader van de analyse van de praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen weerspiegelen de maximumpercentages van de ereloonsupplementen de percentages die het RIZIV aan de VI's communiceert.

Medische specialisaties zijn gebaseerd op de driecijferige codes die de bekwamingen groeperen. Voor vergelijkingen tussen individuele zorgverleners wordt enkel rekening

² Oncologisch dagziekenhuis wordt sinds 2019 apart geïdentificeerd.

³ 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%.

⁴ Bron: Gestandaardiseerd verslag met betrekking tot de geboekte uitgaven voor 2021, RIZIV (CSS 2022/210) p. 178 Tabel 12.1.2.1.

gehouden met artsen die de drempel van €5.000 aan ZIV-vergoedingen overschrijden.

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 ereloonsupplementen worden nog steeds door individuele zorgverstrekkers getesteed.

Eventuele 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 ook niet behandeld in deze analyse.

2.2. Analyse

Vooreerst beschrijven we het aantal verblijven, aantal ligdagen en de gemiddelde ligduur per type verblijf.

Om een antwoord te formuleren op onze eerste doelstelling, beschrijven we de totale gefactureerde bedragen ten laste van de ZIV en ten laste van de patiënt, in totaal en per type verblijf. Vervolgens maken we de uitsplitsing hiervan voor zes uitgavecategorieën: verblijf, erelonen, materiaal, apotheek, kamer en andere diensten:

- Het verblijf omvat het bedrag per opname en het bedrag per ligdag⁵ 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 honorarium omvat de vergoedbare medische honoraria, maar ook vergoedbare honoraria van andere verstrekkers (tandartsen, kinesitherapeuten, vroed-

⁵ Twaalfden van het BFM zijn niet meegenomen in de analyses

vrouwen, verpleegkundigen, logopedisten, bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens), eventuele ereloon-supplementen en niet-vergoedbare honoraria (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). De vergoedbare medische honoraria en ereloon-supplementen erop vormen het grootste deel van de globale honoraria. Forfaitaire vergoedingen voor verblijven met laagvariabele zorg zijn ook in de totale vergoedingen begrepen.

- 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 'apotheek' omvat terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten en andere farmaceutische diensten.
- Andere niet-terugbetaalbare diensten 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.

In het kader van onze tweede doelstelling wijden we specifieke analyses aan oorzaken van variatie in het aan de patiënt gefactureerde bedrag:

- Het type verblijf (klassiek / dagziekenhuis);
- De kamer-categorie met kamersupplementen en ereloon-supplementen die kunnen voortvloeien uit de keuze voor een bepaalde kamer;
- De pathologie;
- Het sociale statuut (gewone rechthebbende / verhoogde tegemoetkoming): hogere tussenkomst van de ZIV voor begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming voor vele uitgaven (verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen ...) maar niet voor implantaten;
- Het ziekenhuis en zijn tarifieringsbeleid.

Ten slotte bieden we specifieke aandacht aan medische ereloon-supplementen op vergoedbare prestaties.

2.3. Studiebependingen

Ten eerste worden ambulante verstrekkingen en andere kosten al dan niet buiten de ziekenhuismuren (polikliniek, spoeddiensten, enz.) voor de opname of na het ontslag

(met name perioperatieve consultaties, (medisch-technische) onderzoeken en andere kosten zoals apotheek, kinesitherapie/revalidatie in zoverre deze niet verstrekt wordt in een algemeen acuut ziekenhuis met ziekenhuisopname, enz.) niet in aanmerking genomen in dit onderzoek. Ook kosten die niet op de ziekenhuisfactuur worden vermeld (bv. ambulancevervoer) worden niet opgenomen in deze studie. Vanuit het perspectief van de patiënt is het totale kostenplaatje echter van belang. Ook deze elementen kunnen de kost ten laste van de patiënt sterk doen oplopen, al dan niet (mede) onder impuls van (ereloon)supplementen.

Ten tweede beschikken we niet over diagnostische gegevens (zoals de primaire en secundaire diagnoses) noch over ernstgraden. Aldus zijn we beperkt in het uitvoeren van pathologiespecifieke analyses en in analyses binnen homogene patiëntenpopulaties. Pathologiespecifieke analyses zijn beperkt tot een aantal interventies die worden geïdentificeerd aan de hand van specifieke RIZIV-nomenclatuurcodes of pseudo-codes laagvariabele zorg.

Ten derde zijn gegevens met betrekking tot ziekenhuisopnames van personen zonder recht op ZIV-terugbetalingen niet gevat in deze analyses. Proportioneel gezien betreft dit een kleine groep maar deze is niet willekeurig verdeeld over de ziekenhuizen. Ook is de financiële impact bij ziekenhuisopname vanuit patiëntenperspectief bijzonder groot. Sommige van deze personen zijn aangesloten bij een ziekenfonds maar zijn niet in regel omdat ze onvoldoende sociale zekerheidsbijdragen betaalden in het referentejaar. Anderen kunnen geen lid zijn van een Belgisch ziekenfonds omdat ze niet behoren tot de doelgroep van de ZIV (bv. werknemers van supra- of internationale instellingen, buitenlandse diplomaten, personen die illegaal in België verblijven, daklozen ...).

Voor wat betreft medische ereloonsupplementen op vergoedbare verstrekkingen:

- De totale bedragen aan geattesteerde honoraria en eraan verbonden supplementen hebben enkel betrekking op de geattesteerde honoraria tijdens klassieke verblijven of daghospitalisatie. Hier wordt dus geen rekening gehouden met de geattesteerde honoraria in de ambulante setting (poliklinisch of 'zuiver' ambulant⁶; zie ook studiebeperking 1 supra).
- Aangezien we niet beschikken over de (individuele) 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.

⁶ 'Zuiver' ambulant: ambulante verstrekkingen buiten het ziekenhuis

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

In wat volgt presenteren we achtereenvolgens de bevindingen met betrekking tot de drievoudige onderzoeksopzet. In 3.1 beschrijven we de aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene acute ziekenhuizen in 2021 en de evolutie van deze bedragen over de tijd. In 3.2 bestuderen we de variatie tussen en binnen ziekenhuizen wat betreft de gefactureerde bedragen aan de patiënt. In 3.3 gaan we dieper in op de medische ereloonsupplementen.

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. Aantal (dag)hospitalisaties en ligdagen

Omwille van de verschillende golven van de COVID-19-pandemie was het aantal verblijven sterk gedaald in 2020 in vergelijking met 2019 (-16,9% voor klassieke opnames en -12,0% voor daghospitalisatie)⁷. In 2021 is het aantal verblijven opnieuw gestegen ten opzichte van 2020 (+9,6% voor klassieke opnames en +18,4% voor daghospitalisatie). De verschuiving naar ambulante zorg zet geleidelijk door, met een vermindering van 157.978 conventionele verblijven ten opzichte van 2019 en een toename van 85.695 daghospitalisaties in dezelfde periode. **Bij klassieke verblijven resulteert de daling van het aantal verblijven en van de gemiddelde ligduur in een afname van het totaal aantal ligdagen van -13,7% in 2021 tegenover 2019** (Tabel 1).

Tabel 1. Aantal klassieke hospitalisaties (en aantal ligdagen) en daghospitalisaties, 2018-2021

	2018	2019	2020	2021	Δ 2020- 2021	Δ 2019- 2021
Klassieke verblijven^a	1.808.214	1.771.998	1.472.089	1.614.020	+9,6%	-8,9%
Aantal ligdagen		13.519.135	11.137.087	11.661.988	+4,7%	-13,7%
Daghospitalisatie	2.014.977	2.063.166	1.814.766	2.148.861	+18,4%	+4,2%
Chirurgische daghospitalisatie		598.499	466.820	589.884	+26,4%	-1,4%
Niet-chirurgische daghospitalisatie		1.029.898	894.623	1.079.858	+20,7%	+4,9%
Oncologische daghospitalisatie		434.769	453.323	479.119	+5,7%	+10,2%

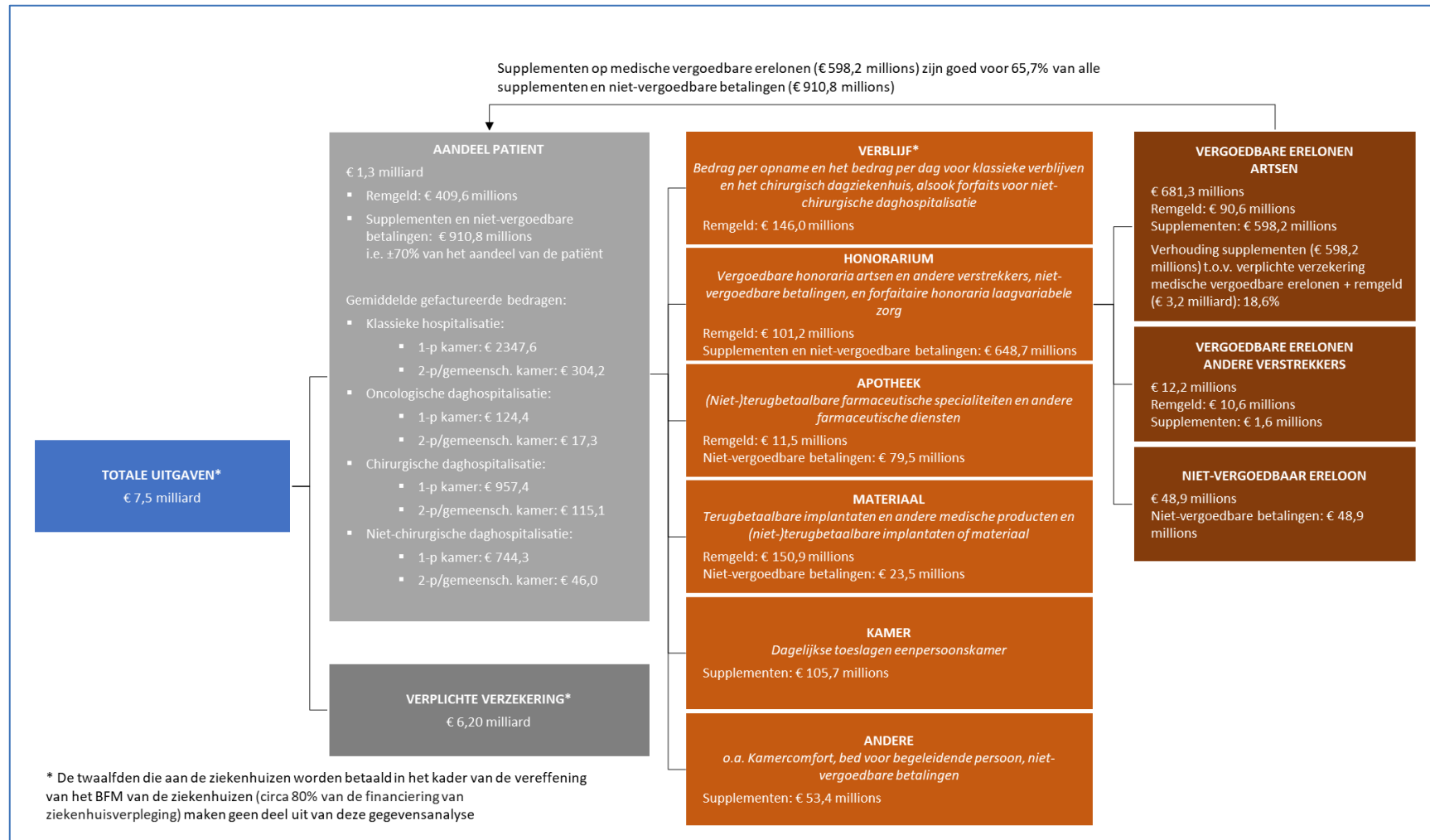
^a De in deze tabel getoonde aantallen voor klassieke verblijven in 2018-2021 worden telkens gehanteerd wanneer we gemiddelden weergeven in het vervolg van de analyse. Wanneer we in de volgende sectie de totale gefactureerde bedragen berekenen, nemen we alle bedragen op die werden gefactureerd in het betreffende jaar, onafhankelijk van de opname- of ontslagdatum. Dit komt neer op 1.845.402 klassieke verblijven in 2019, 1.529.656 klassieke verblijven in 2020, en 1.640.074 klassieke verblijven in 2021.

⁷ Cf. Ziekenhuisbarometer IMA – gegevens 2020: <https://ima-aim.be/Ziekenhuisbarometer-IMA-Gegevens?lang=nl>.

3.1.2. Algemeen macrobeeld van aan de ZIV en aan patiënten gefactureerde bedragen

In sectie 3.1.3 beschrijven we de totale gefactureerde bedragen voor ziekenhuisopnames (ten laste van de ZIV en de patiënt). In sectie 3.1.4 gaan we dieper in op de gefactureerde bedragen per uitgavecategorie. Als leidraad brengt Figuur 2 de cijfers uit deze secties tezamen, geaggregeerd voor klassieke ziekenhuisverblijven en dag-hospitalisaties.

Figuur 2. Overzicht van de totale gefactureerde bedragen (aan de ZIV en de patiënt) voor klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties, 2021 (exclusief de BFM twaalfden)



3.1.3. Totale macrobedragen

De totale gefactureerde bedragen en de gefactureerde bedragen per type verblijf in de periode 2018-2021 worden weergegeven in Figuur 3. Voor alle prestaties in alle types ziekenhuisverblijven tezamen werd gedurende het jaar 2021 in totaal €1,32 miljard gefactureerd aan patiënten, een daling met 5,5% ten opzichte van 2019 (€1,38 miljard). Het aandeel dat wordt vergoed door de ZIV is tegelijkertijd gestegen: in 2021 werd €6,20 miljard vergoed, een groei met 2,7% ten opzichte van 2019 (€6,05 miljard).

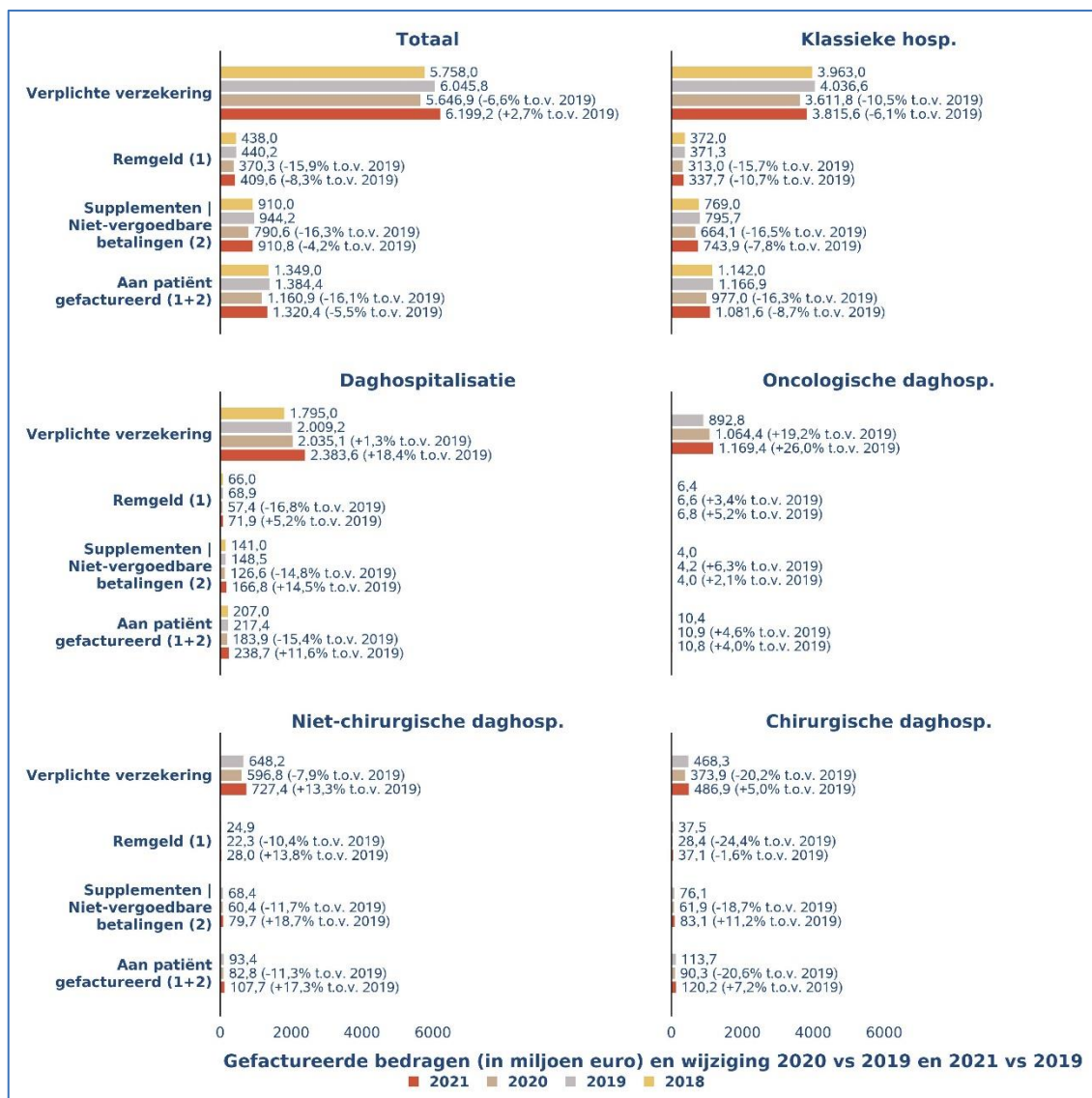
Het aan de patiënt gefactureerde bedrag van €1,32 miljard bestaat voor iets meer dan twee derde (69,0%) uit supplementen en niet-vergoedbare betalingen (€910,8 miljoen) en voor ongeveer een derde (31,0%) uit remgelden (€409,6 miljoen). Deze verhouding (69,0%/31,0%) verschuift dus verder t.o.v. de situatie in 2019 (68,2%/31,8%). In vergelijking met de evolutie in remgelden bij ziekenhuisopnames (2021 t.o.v. 2019: -8,3%), daalde de macro-massa ereloon-supplementen en niet-vergoedbare betalingen minder uitgesproken (2021 t.o.v. 2019: -4,2%).

Bij de interpretatie van deze evolutie dient eveneens de evolutie van het aantal verblijven en ligdagen in beschouwing worden genomen. In onderdeel 3.2 zullen we daarom gemiddelde bedragen per verblijf presenteren.

Het aan de patiënt gefactureerde macrobedrag bij klassieke hospitalisaties daalde met 8,7% (-10,7% voor remgeld en -7,8% voor supplementen en niet-vergoedbare betalingen) ten opzichte van 2019. Tegelijkertijd daalde het aantal klassieke verblijven met 8,9% en het aantal ligdagen met 13,7%.

Daarentegen groeide het aan de patiënt gefactureerde macrobedrag in daghospitalisatie met 11,6% (+5,2% voor remgeld en +14,5% voor supplementen en niet-vergoedbare betalingen) ten opzichte van 2019, wat hoger is dan de groei van het aantal verblijven in daghospitalisatie (+4,2%).

Figuur 3. Totaal aan de ZIV⁸ en de patiënt gefactureerde bedragen en gefactureerde bedragen per type verblijf, 2018-2021



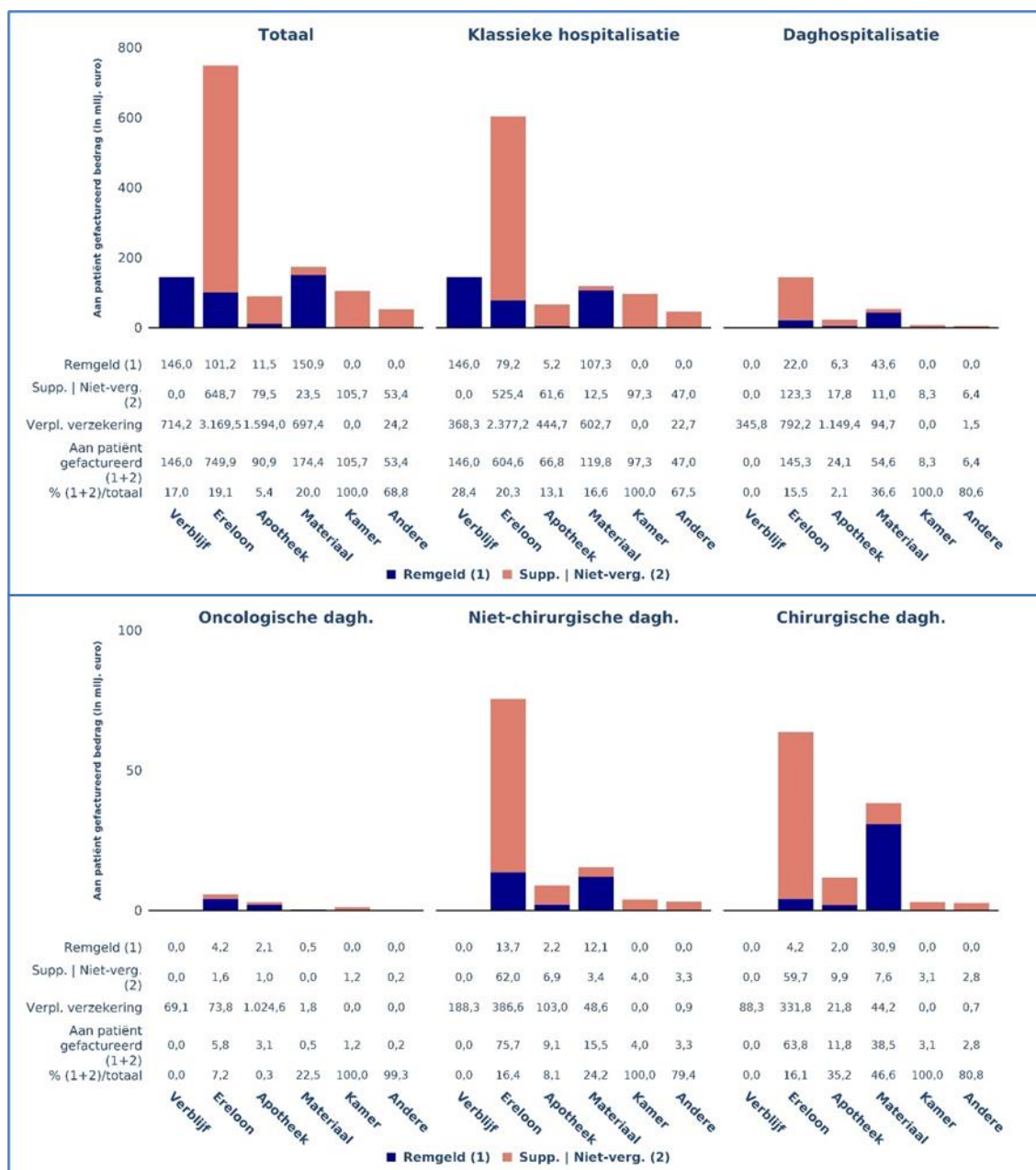
3.1.4. Macrobedragen per uitgavecategorie

Figuur 4 illustreert de totale gefactureerde bedragen (ten laste van de ZIV en de patiënt) per uitgavecategorie en type verblijf. Het aandeel van **supplementen op vergoedbare erelonen en niet-vergoedbare erelonen** (€648,7 miljoen in 2021) in het totale gefactureerde bedrag ten laste van patiënten bij ziekenhuisopnames (1,32 miljard €) is gegroeid tot **bijna de helft** (2021: 49,1%, 2019: 47,1%) **van het totale bedrag ten laste van de patiënt**. Andere uitgavecategorieën die een

⁸ Exclusief het BFM vereffend via twaalfden.

belangrijk aandeel vormen van het totale aan patiënten gefactureerd bedrag zijn het **remgeld op materiaal** (€150,9 miljoen), de **kamersupplementen** op eenpersoonskamers (€105,7 miljoen), remgeld op het verblijf (€146,0 miljoen) en niet-vergoedbare farmaceutische producten (€79,5 miljoen).

Figuur 4. Totale aan de ZIV⁹ en de patiënt gefactureerde bedragen en gefactureerde bedragen per type verblijf en uitgavecategorie, 2021



⁹ Twaalfden voor de financiering van ziekenhuisverpleging uitgesloten.

3.2. Variatie in de aan de patiënt gefactureerde bedragen per verblijf

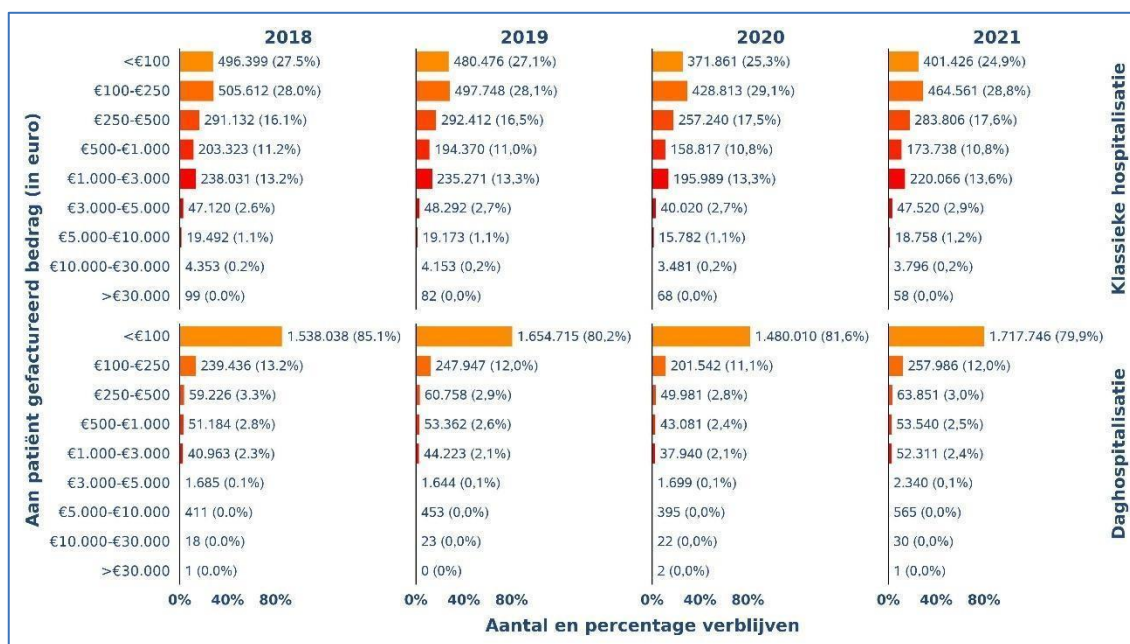
In deze sectie analyseren we verschillende elementen die een impact hebben op de omvang van de factuur van de patiënt.

In tegenstelling tot de totale uitgaven die werden beïnvloed door de evolutie van het aantal verblijven als gevolg van COVID-19, geeft het door de patiënt te betalen bedrag per verblijf een beeld van de evolutie van de factuur waarmee de patiënt geconfronteerd wordt bij een opname.

3.2.1. Risico om met zeer hoge rekeningen te worden geconfronteerd

In Figuur 5 worden de totale aan patiënten gefactureerde bedragen gecategoriseerd in functie van de grootteorde van de bedragen. Hoewel het aantal verblijven waarvan het **aan patiënten gefactureerde bedrag in 2021 meer dan €3.000** bedraagt procentueel beperkt is, gaat het in absolute aantallen over **70.132 klassieke verblijven** (71.700 in 2019) en **2.936 daghospitalisaties** (2.100 in 2019). **Vooraf in daghospitalisatie is er een opvallende toename (+19,2%) van het aantal verblijven waarbij het aan de patiënt gefactureerde bedrag €1.000 overschrijdt: 55.247 in 2021 t.o.v. 46.343 in 2019.**

Figuur 5. Aan de patiënt gefactureerde bedragen gecategoriseerd in functie van grootteorde van de bedragen, 2018-2021



3.2.2. Variatie naargelang het kamertype

In dit onderdeel beschrijven we de gemiddelde gefactureerde bedragen aan de patiënt per type verblijf, uitgavecategorie en kamertype (Tabel 2: gemeenschappelijke kamer, Tabel 3: eenpersoonskamer) en de evolutie tussen 2019 en 2021.

De 285.213 klassieke verblijven die in **eenpersoonskamers** werden gefactureerd, vertegenwoordigen **17,4% van de klassieke verblijven**, iets minder dan de 18,0% in 2019. **Tussen ziekenhuizen varieert het aandeel klassieke verblijven in een eenpersoonskamer sterk.** In één ziekenhuis bedraagt dit **56,7%**.

Voor daghospitalisaties noteren we 169.022 verblijven in een eenpersoonskamer, of 7,94% van alle daghospitalisaties. Tussen ziekenhuizen varieert het **aandeel daghospitalisaties** in eenpersoonskamers **van 0% tot 42,8%**.

Voor een **klassieke hospitalisatie in een gemeenschappelijke kamer** werd in 2021 gemiddeld een bedrag van **€304,2** gefactureerd aan de patiënt (+€15,3 oftewel +5,3% tegenover 2019). Dat bedrag is bijna 8 maal hoger voor een klassieke hospitalisatie **in een eenpersoonskamer, namelijk gemiddeld €2.347,6** (+€157,4, oftewel +7,2% tegenover 2019). Het verschil is voornamelijk te wijten aan ereloonsupplementen en niet-vergoedbare erelonen (€1.664,3 in een eenpersoonskamer, €37,4 in een gemeenschappelijke kamer) en aan kamersupplementen (€341,3 in eenpersoonskamer; geen in een gemeenschappelijke kamer).

Bij daghospitalisatie in een eenpersoonskamer ligt het gemiddelde aan de patiënt gefactureerde bedrag ongeveer 8 (chirurgische daghospitalisatie, oncologische daghospitalisatie) tot 16 (niet-chirurgische daghospitalisatie) keer hoger dan in een gemeenschappelijke kamer.

Met uitzondering van de oncologische dagziekenhuizen zijn ook de gemiddelde uitgaven per verblijf in dagziekenhuizen verder gestegen (**+6,1% in meerpersoonskamers en +0,5% in eenpersoonskamers voor chirurgische daghospitalisatie en respectievelijk +9,5% en +3,8% voor niet-chirurgische daghospitalisatie**).

Deze stijgingen zijn groter dan de evolutie van de gezondheidsindex (+3,0% over dezelfde periode)¹⁰.

¹⁰ De gezondheidsindex kende een matige groei in deze periode, van 108,92 (basis 2013) in 2019 tot 110,00 in 2020 en 112,21 in 2021 - <https://statbel.fgov.be/nl/themas/consumptieprijsindex/gezondheidsindex>

De supplementen en niet-vergoedbare betalingen, die de ziekenhuizen vrij mogen bepalen en die niet onderworpen zijn aan de financiële beschermingsmechanismen (VT, maximumfactuur), zijn sneller gestegen dan de remgelden die volledig gereglementeerd zijn.

Tabel 2. Gemiddelde gefactureerde bedragen aan de patiënt, per type verblijf en uitgavecategorie in een gemeenschappelijke kamer, 2019-2021

Type verblijf en uitgave-categorie	2019 (€)			2021 (€)		
	Remgeld	Supp. Niet verg.	Totaal	Remgeld	Supp. Niet verg.	Totaal
Klassieke hospitalisatie						
Totaal	€191,2	€97,7	€288,9	€197,2	€106,9	€304,2
Verblijf	€86,4	€0,0	€86,4	€87,5	€0,0	€87,5
Ereloon	€46,9	€33,1	€80,0	€46,8	€37,4	€84,3
Apotheek	€3,5	€33,9	€37,4	€3,3	€35,7	€39,1
Materiaal	€54,2	€6,0	€60,2	€59,6	€6,6	€66,2
Kamer	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Andere	€0,0	€24,6	€24,6	€0,0	€27,1	€27,1
Chirurgische daghospitalisatie						
Totaal	€64,1	€44,4	€108,5	€63,4	€51,7	€115,1
Verblijf	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Ereloon	€8,0	€14,6	€22,6	€7,1	€18,2	€25,3
Apotheek	€3,2	€15,5	€18,7	€3,4	€16,6	€19,9
Materiaal	€52,9	€10,1	€63,0	€52,9	€12,2	€65,1
Kamer	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Andere	€0,0	€4,2	€4,2	€0,0	€4,8	€4,8
Niet-chirurgische daghospitalisatie						
Totaal	€22,8	€19,4	€42,2	€24,6	€21,4	€46,0
Verblijf	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Ereloon	€11,9	€8,2	€20,1	€12,4	€9,3	€21,6
Apotheek	€1,9	€5,5	€7,5	€1,9	€6,1	€8,0
Materiaal	€8,9	€3,1	€12,1	€10,3	€3,1	€13,4
Kamer	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Andere	€0,0	€2,5	€2,5	€0,0	€3,0	€3,0

Oncologische daghospitalisatie						
Totaal	€14,5	€3,6	€18,1	€13,9	€3,4	€17,3
Verblijf	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Ereloon	€8,7	€0,4	€9,1	€8,5	€0,7	€9,3
Apotheek	€4,8	€2,5	€7,3	€4,4	€2,2	€6,6
Materiaal	€1,0	€0,1	€1,1	€1,0	€0,1	€1,1
Kamer	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Andere	€0,0	€0,6	€0,6	€0,0	€0,5	€0,5

Tabel 3. Gemiddelde gefactureerde bedragen aan de patiënt, per type verblijf en uitgavecategorie in een eenpersoonskamer, 2019-2021

Type verblijf en uitgave categorie	2019 (€)			2021 (€)		
	Remgeld	Supp. Niet verg.	Totaal	Remgeld	Supp. Niet verg.	Totaal
Klassieke hospitalisatie						
Totaal	€246,7	€1943,5	€2190,1	€247,1	€2100,5	€2347,6
Verblijf	€102,8	€0,0	€102,8	€96,3	€0,0	€96,3
Ereloon	€57,5	€1481,7	€1539,2	€55,1	€1664,3	€1719,5
Apotheek	€2,8	€43,5	€46,3	€2,4	€46,4	€48,8
Materiaal	€83,6	€11,8	€95,4	€93,2	€12,5	€105,7
Kamer	€0,0	€370,3	€370,3	€0,0	€341,3	€341,3
Andere	€0,0	€36,1	€36,1	€0,0	€36,0	€36,0
Chirurgische daghospitalisatie						
Totaal	€63,9	€888,2	€952,1	€62,8	€894,5	€957,4
Verblijf	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0
Ereloon	€8,4	€794,9	€803,3	€7,3	€800,4	€807,7
Apotheek	€3,5	€17,1	€20,7	€3,5	€19,0	€22,5
Materiaal	€51,9	€18,4	€70,3	€52,0	€19,3	€71,3
Kamer	€0,0	€52,2	€52,3	€0,0	€50,0	€50,0
Andere	€0,0	€5,6	€5,6	€0,0	€5,7	€5,7
Niet-chirurgische daghospitalisatie						
Totaal	€38,6	€678,4	€716,9	€40,8	€703,5	€744,3
Verblijf	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0

Ereloon	€15,0	€611,4	€626,4	€15,7	€636,9	€652,6
Apotheek	€2,8	€9,2	€12,0	€2,9	€10,1	€12,9
Materiaal	€20,7	€3,2	€23,9	€22,2	€3,7	€25,9
Kamer	€0,0	€50,9	€51,0	€0,0	€48,8	€48,8
Andere	€0,0	€3,6	€3,6	€0,0	€3,8	€3,8
Oncologische daghospitalisatie						
Totaal	€20,7	€118,2	€138,9	€18,8	€105,6	€124,4
Verblijf	€0,0	€0,5	€0,5	€0,0	€0,0	€0,0
Ereloon	€12,8	€60,5	€73,3	€12,1	€53,7	€65,8
Apotheek	€6,6	€4,1	€10,7	€5,4	€1,8	€7,1
Materiaal	€1,3	€0,0	€1,4	€1,3	€0,0	€1,4
Kamer	€0,0	€52,1	€52,1	€0,0	€49,3	€49,3
Andere	€0,0	€0,9	€0,9	€0,0	€0,7	€0,7

3.2.3. Variatie naargelang de ingreep en het sociaal statuut van de patiënt

Het aan de patiënt gefactureerde bedrag varieert eveneens naargelang het type ingreep. In een gemeenschappelijke kamer ligt het gefactureerde bedrag aan gewoon rechthebbende patiënten bijvoorbeeld 8 keer hoger voor een gastric bypass (€1.292) dan voor een prostatectomie (€165) (cf. Tabel 4).

De factuur van de patiënt hangt ook van het sociaal statuut van de patiënt. Aangezien de tussenkomst van de ziekteverzekering voor heel wat kostenposten (verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen ... maar niet voor implantaten) hoger is voor begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming, is het aan hen gefactureerde bedrag gemiddeld lager dan bij andere patiënten. De factuur ligt voor bepaalde ingrepen de helft lager (bv. bevalling in gemeenschappelijke kamer). Maar deze vermindering is verhoudingsgewijs veel kleiner voor andere tussenkomsten, vooral wanneer de kosten van een implantaat een factor zijn in de rekening. In een gemeenschappelijke kamer kan ook voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming het bedrag hoog oplopen, bijvoorbeeld €1.217 voor een gastroplastie, €1.209 voor een gastric bypass of €803 voor een knieprothese.

In eenpersoonskamers kan het aan gewone rechthebbende patiënten gefactureerde bedrag tot wel 12 keer hoger (e.g. cardiale katheterisatie, schildklieroperatie) liggen dan in een gemeenschappelijk kamer. Voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming zijn deze verschillen naargelang het kamertype nog meer uitgesproken.

Tabel 4. Mediane aan de patiënt gefactureerde bedragen voor een selectie van klassieke ziekenhuisverblijven die kaderen binnen laagvariabele zorg, per kamertype en sociaal statuut van de patiënt

Patiëntengroepen laagvariabele zorg	Gemeenschappelijke kamer			Eenpersoonskamer		
	Gewone rechthebbende	Verhoogde Tegemoetkoming	Δ	Gewone rechthebbende	Verhoogde Tegemoetkoming	Δ
Appendectomie	€319	€246	-22.9%	€1177	€983	-16.5%
Cardiale katheterisatie	€99	€30	-69.7%	€1208	€1094	-9.4%
Gastric bypass	€1292	€1209	-6.4%	€3886	€4220	+8.6%
Gastroplastie	€1295	€1217	-6.0%	€3954	€3842	-2.8%
Heupprothese	€474	€373	-21.3%	€3077	€2942	-4.4%
Keizersnede	€311	€185	-40.5%	€2134	€2025	-5.1%
Knieprothese	€889	€803	-9.7%	€3505	€3372	-3.8%
Natuurlijke bevalling	€206	€94	-54.4%	€1716	€1529	-10.9%
Prostatectomie	€165	€90	-45.5%	€1670	€1587	-5.0%
Schildklieroperatie	€164	€88	-46.3%	€1962	€1891	-3.6%
Verwijderen galblaas	€228	€161	-29.4%	€1711	€1775	+3.7%

Van de **klassieke verblijven** betreft 29,4% een verblijf van een patiënt met recht op verhoogde tegemoetkoming. De overige 70,6% betreffen verblijven van gewoon rechthebbenden. **Patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming verblijven in 6,6% van de gevallen in een eenpersoonskamer, ten opzichte van 21,9% in geval van gewoon rechthebbenden.**

Van de daghospitalisaties betreft 22,3% een opname van een patiënt met recht op verhoogde tegemoetkoming. Patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming verblijven in 3,7% van de gevallen in een eenpersoonskamer, ten opzichte van 9,0% in geval van gewoon rechthebbenden.

De factuur varieert naar gelang het type ingreep, het sociale statuut van de patiënt en het type kamer. Maar ze varieert ook tussen ziekenhuizen en zelfs binnen elk ziekenhuis, ook voor patiënten met hetzelfde sociale statuut die in dezelfde kamer-categorie verblijven (ook in een gemeenschappelijke kamer), voor dezelfde ingreep,

zoals blijkt uit de analyses in de IMA Ziekenhuisbarometers 2018 tot 2020 en de IMA Atlas¹¹.

3.3. Medische ereloonsupplementen

Deze sectie biedt meer detail over de gefactureerde bedragen aan supplementen op **vergoedbare medische erelonen tijdens ziekenhuisopname**¹².

3.3.1. Ereloonsupplementen op vergoedbare medische erelonen

Het totaalbedrag aan ZIV-honoraria en remgeld voor **vergoedbare medische erelonen** tijdens ziekenhuisopnames bedroeg **€3,21 miljard in 2021**.

De ereloonsupplementen op vergoedbare medische verstrekkingen tijdens ziekenhuisverblijven in 2021 bedragen €598 miljoen (€496 miljoen in klassieke hospitalisatie en €102 miljoen in daghospitalisatie (Tabel 5)).

Tabel 5. Totale gefactureerde bedragen aan medische erelonen (ten laste van de ZIV + remgeldgedeelte ten laste van de patiënt) en ereloonsupplementen op vergoedbare medische erelonen (ten laste van de patiënt) per type verblijf, 2006-2021

(in miljoen euro)	2006	2015	2017	2018	2019	2020	2021	Δ 2020-2021 (%)	Δ 2019-2021 (%)
ZIV-honoraria + remgeld	2.211	3.033	3.104	3.196	3.281	2.950	3.209	+8,8%	-2,2%
Klassieke hospitalisatie	1.870	2.418	2.430	2.499	2.543	2.310	2.411	+4,4%	-5,2%
Daghospitalisatie	341	616	673	697	738	640	797	+24,5%	+8,0%
Ereloonsupplementen	303	531	563	588	610	510	598	+17,3%	-1,9%
Klassieke hospitalisatie	267	440	476	501	519	432	496	+14,8%	-4,4%
Daghospitalisatie	36	92	87	87	92	78	102	+30,8%	+10,9%
Verhouding ereloonsupplementen t.o.v. ZIV-bedrag erelonen, %									
Totaal	13,7%	17,5%	18,1%	18,4%	18,6%	17,3%	18,6%	--	--
Klassieke hospitalisatie	14,3%	18,2%	19,6%	20,0%	20,4%	18,7%	20,6%	--	--
Daghospitalisatie	10,6%	14,9%	12,9%	12,5%	12,5%	12,2%	12,8%	--	--

¹¹ <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl> Financiële toegankelijkheid > Gezondheidskosten patiënten

¹² Van de €3.919 miljoen aan erelonen heeft €3.768 miljoen betrekking op vergoedbare medische erelonen en supplementen hierop. De resterende €151 miljoen betreft niet-medische en niet-vergoedbare erelonen.

In absolute (macro)bedragen stegen ereloonsupplementen op vergoedbare medische honoraria gefactureerd tijdens ziekenhuisopnames met 17,3% ten opzichte van 2020. Ze blijven 4,4% onder het niveau van 2019 voor klassieke hospitalisatie, maar **voor daghospitalisatie daarentegen zijn ze 10,9% hoger dan in 2019.**

De daling van de macro-massa aan ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname (2021 t.o.v. 2019: -2,0%) is minder uitgesproken dan de daling van de officiële ZIV-tarieven (-2,2%). De verhouding ereloonsupplement tegenover ZIV-bedrag¹³ is dus opnieuw aan het stijgen voor elk type verblijf: **20,6% voor klassieke en 12,8% voor daghospitalisatie.** De groei van het aantal daghospitalisaties, die samengaat met de daling van het aantal klassieke hospitalisaties, maakt het evenwel mogelijk de algemene evolutie van het percentage ereloonsupplementen, die 18,6% bedraagt, onder controle te houden.

3.3.2. Aandeel verblijven met ereloonsupplementen – evolutie 2015-2021

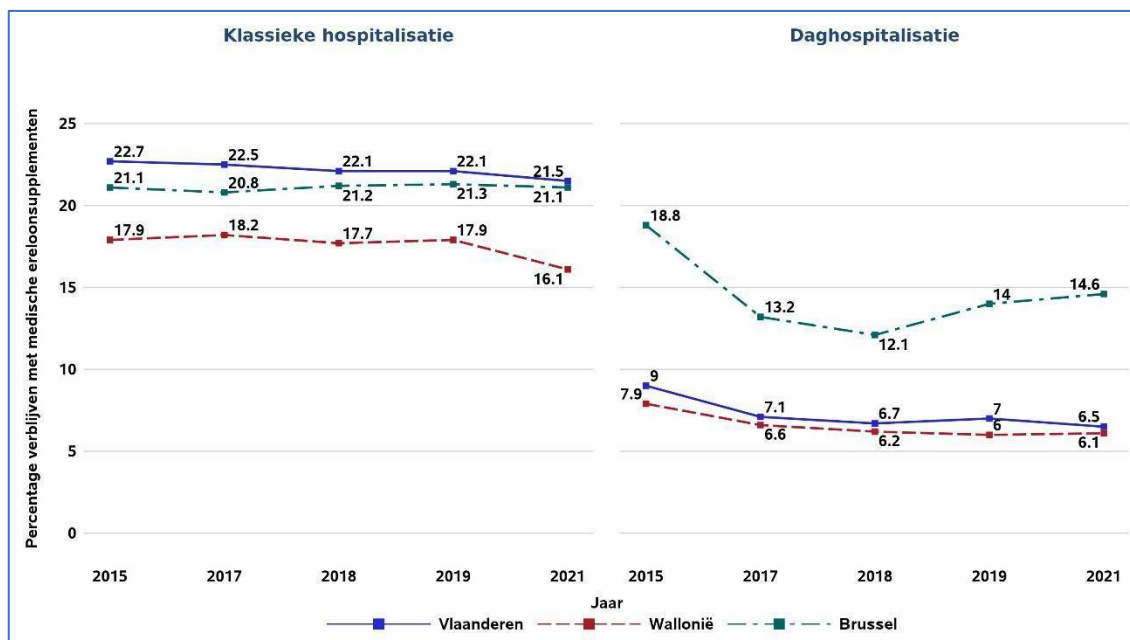
Een op de 8 (12,8%) patiënten wordt tijdens een verblijf in het ziekenhuis geconfronteerd met ereloonsupplementen. Het betreft 1 op de 5 (19,9%) patiënten in een klassieke hospitalisatie. Dit percentage is veel lager voor daghospitalisaties: voor 10,1% van de chirurgische daghospitalisaties worden ereloonsupplementen aangerekend, voor 7,3% bij niet-chirurgische daghospitalisaties en voor 4,3% bij oncologische daghospitalisaties.

Deze nationale gemiddelden vertonen aanzienlijke regionale verschillen, vooral bij daghospitalisatie.

Het aandeel van de verblijven met ereloonsupplementen bij klassieke ziekenhuisopname is in Wallonië gedaald, en blijft stabiel in de andere regio's. In daghospitalisatie blijft het aandeel verblijven met ereloonsupplementen stijgen, met name in Brussel naar een niveau dat dubbel zo hoog is als in de andere regio's, waar dat aandeel stabiel blijft. Ook achter deze gemiddelden gaat een brede spreiding schuil tussen ziekenhuizen.

¹³ Terugbetaald + remgeld

Figuur 6. Evolutie van het aandeel van de verblijven met ereloon-supplementen (per gewest)



Tussen ziekenhuizen varieert het aandeel verblijven met ereloon-supplementen sterk, van 5,7% tot 56,7% voor klassieke verblijven, van 0,9% tot 50,9% voor chirurgische daghospitalisaties, van 0,8% tot 42,3% voor niet-chirurgische daghospitalisaties en van 0,0% tot 28,7% voor oncologische daghospitalisaties

Hoewel er aanzienlijke verschillen zijn in het aandeel van de verblijven met ereloon-supplementen, zijn er ook duidelijke verschillen in de hoogte van de ereloon-supplementen die in rekening worden gebracht, afhankelijk van het type verblijf, maar ook tussen verblijven van hetzelfde type.

3.3.3. Praktijk per ziekenhuis

De oprichting van ziekenhuisnetwerken, die is opgenomen in de wet van 28 februari 2019, heeft onvermijdelijk tot overleg en afstemming geleid tussen ziekenhuizen, die vanouds soms zeer uiteenlopende praktijken hebben, met name op het vlak van de ereloon-supplementen (maximumpercentages, maar ook de wijze waarop ereloon-supplementen worden toegepast). De evolutie en spreiding van de maximale percentages ereloon-supplementen bij ziekenhuisopnames (2018-2021; per ziekenhuis en per ziekenhuisnetwerk) is te vinden in Bijlage 3.

Bovendien zijn sinds mei 2022 de (ziekenhuisspecifieke) maximale percentages ereloon-supplementen bij ziekenhuisopname bevroren. Dit is een eerste stap in de beheersing van de ereloon-supplementen bij ziekenhuisopname (waarbij de groei van

de ereloonsupplementen zal worden gereguleerd, gestabiliseerd en vervolgens afgebouwd en waarbij een verschuiving naar de extramurale setting maximaal wordt vermeden) om de patiënt te beschermen tegen hoge facturen voor noodzakelijke zorg.

De analyse van de factuur voor de patiënt in 2021 zal ook als vergelijkingsbasis dienen om de impact van deze maatregel op de factuur voor de patiënt in 2022 te beoordelen.

Analyse per ziekenhuis: theoretisch maximumpercentage ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname

De opnameverklaring geeft voor elk ziekenhuis het maximumpercentage ereloonsupplementen weer dat van toepassing is bij hospitalisatie.

Dit maximale ereloonsupplementenpercentage varieert van 100% in sommige ziekenhuizen tot 300% in andere. Op basis van de via het RIZIV aan de VI gecommuniceerde cijfers, bestaan er dus grote verschillen tussen ziekenhuizen (cf. Bijlage 3).

Aan de hand van het maximumpercentage van de ereloonsupplementen van de opnamedeclaraties die via het RIZIV aan de ziekenfondsen zijn meegedeeld, hebben vijf ziekenhuizen tussen 1 januari 2020 en 31 december 2021 hun maximumpercentage van de ereloonsupplementen verhoogd en hebben twee ziekenhuizen het verlaagd. Op basis van steekproeven stellen we vast dat er - voor een aantal ziekenhuizen - incoherenties zijn tussen de info in de opnameverklaringen beschikbaar op de ziekenhuiswebsites enerzijds en de officiële RIZIV-bestanden anderzijds.

Uit de analyse van het maximumpercentage van de ereloonsupplementen die effectief op individuele prestaties werden aangerekend, blijkt dat het officiële percentage, zoals meegedeeld aan de VI's (zie hierboven), in 2021 regelmatig¹⁴ werd overschreden in twaalf ziekenhuizen¹⁵ en dat men in elf ziekenhuizen over het algemeen¹⁶ onder het maximum blijft (zie Bijlage 3)¹⁷.

¹⁴ Overschrijding voor meer dan 5% van de medische prestaties met ereloonsupplementen.

¹⁵ Bijlage 3 toont 14 ziekenhuizen; in 2 van de 14 ziekenhuizen werd in 2021 echter een verhoging van het maximumpercentage gemeld aan de VI via het RIZIV, wat de bevindingen bij deze 2 ziekenhuizen ten opzichte van hun maximumpercentage op 1 januari 2021, verklaart.

¹⁶ Minder dan het percentage dat via het RIZIV aan de ziekenfondsen werd gecommuniceerd voor meer dan 95% van de prestaties met ereloonsupplementen.

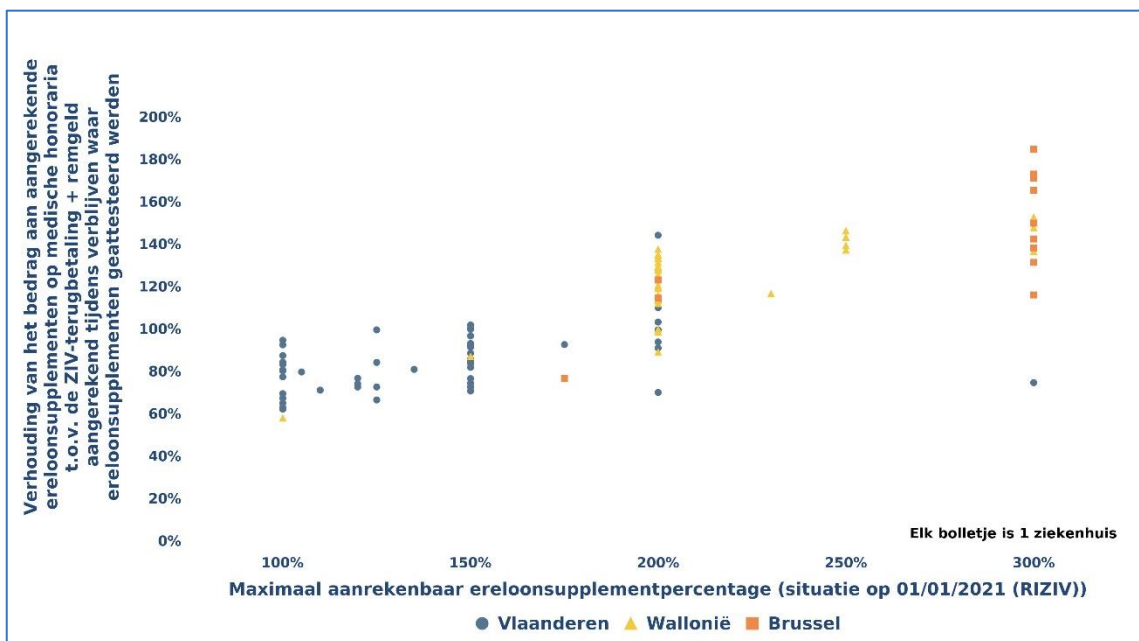
¹⁷ Bijlage 3 toont 12 ziekenhuizen; in 1 ziekenhuis echter werd in 2021 een verlaging van het maximumpercentage gemeld aan de VI via het RIZIV, wat de bevinding ten opzichte van het maximumpercentage op 1 januari 2021 verklaart.

Van de 13 ziekenhuizen die 300% als maximum hanteren bij klassieke opnames (officieel maximumpercentage zoals aan de VI gecommuniceerd via het RIZIV, situatie 2021), zijn er 6 ziekenhuizen bij wie het 95^{ste} percentiel – op basis van de facturatiegegevens 2021 – effectief 300% bedraagt. Bij 6 andere ziekenhuizen is het 95^{ste} percentiel (op basis van de facturatiegegevens 2021) 200% of lager.

Bovendien voorzien verschillende ziekenhuizen uiteenlopende maximumpercentages volgens bepaalde criteria (afdeling/discipline, interventie, luxekamer, conventiestatus, of zelfs op basis van een individuele overeenkomst met de arts), wat de informatie aan de patiënten bemoeilijkt.

Aan de hand van het in de opnameverklaring vermelde maximumpercentage van de ereloonsupplementen kan de patiënt niet inschatten met welke kosten hij of zij zal worden geconfronteerd, enerzijds omdat het verschilt van het werkelijk in rekening gebrachte percentage van de ereloonsupplementen (cf. Figuur 7), en anderzijds omdat de patiënt het niet in een absoluut bedrag (euro's) kan omrekenen.

Figuur 7. Maximaal aanrekenbaar ereloonpercentage en de verhouding van het totale bedrag aan ereloonsupplementen ten opzichte van het totale ZIV bedrag, gedurende een verblijf in een eenpersoonskamer in 2021



Het percentage van de daadwerkelijk gefactureerde ereloonsupplementen wijkt om verschillende redenen af van het theoretische maximumpercentage dat op de opnameverklaring van het ziekenhuis staat vermeld:

- het daadwerkelijk toegepaste percentage door het ziekenhuis kan lager zijn dan het maximumpercentage;
- op bepaalde honoraria en in bepaalde situaties worden geen ereloonsupplementen aangerekend, wegens een wettelijk verbod of beperking¹⁸.

Dit resulteert in **variatie** in het **percentage** – en dus ook het bedrag – **van de daadwerkelijk aangerekende ereloonsupplementen tussen ziekenhuizen**.

In dit onderdeel beschouwen we de associatie tussen het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage (situatie op 1 januari 2021, zoals dient te worden gecommuniceerd aan het RIZIV¹⁹) en de werkelijk gefactureerde ereloonsupplementenmassa relatief ten opzichte van de bijhorende ZIV-honorariummassa (in eenpersoonskamers). Figuur 7 toont dat deze verhouding meer dan 200% bedraagt in één ziekenhuis. Dit betekent dat in dit ziekenhuis voor elke €1 ZIV-honorarium meer dan €2 ereloonsupplement wordt gefactureerd. Dit ziekenhuis hanteert een maximaal ereloonsupplementpercentage van 300%. In een aantal ziekenhuizen die eveneens dit maximum hanteren wordt voor elke €1 ZIV-honorarium gemiddeld minder dan €1 ereloonsupplement gefactureerd. Ook bij ziekenhuizen met minder hoge maxima is er een grote spreiding in de werkelijk gefactureerde ereloonsupplementenmassa op medische honoraria ten opzichte van de ZIV-honorariummassa.

Het maximaal aanrekenbaar ereloonsupplementpercentage is dus weinig informatief over de te verwachten aan de patiënt gefactureerde ereloonsupplementen. Bovendien heeft de patiënt geen tot weinig zicht op het bedrag waarop deze ereloonsupplementen berekend worden en bijgevolg op het 'te verwachten' bedrag aan ereloonsupplementen.

Variabiliteit in het bedrag van de ereloonsupplementen tussen en binnen ziekenhuizen

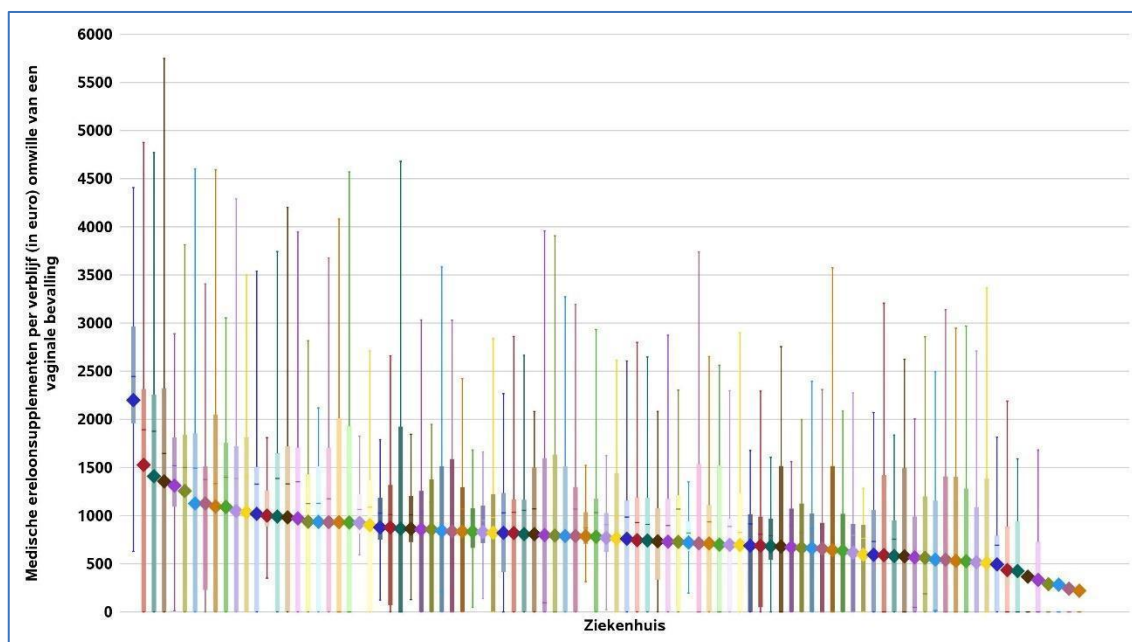
Het bedrag van de ereloonsupplementen hangt af van het percentage effectief gefactureerde ereloonsupplementen, maar ook van het bedrag van het geattesteerde ZIV-honorarium voor dit verblijf, gerelateerd aan de pathologie/ingreep.

¹⁸ In 2019 mocht de het bedrag waarop ereloonsupplementen werden aangerekend met maximum 15% overschreden.

¹⁹ Artikel 4 van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis bepaalt dat de geldende tarieven ter informatie verzonden dienen te worden aan de nationale overeenkomstencommissie verpleeginrichtingen en verzekeringsinstellingen telkens wanneer deze worden aangepast.

Er zijn echter **aanzienlijke verschillen in het bedrag van de ereloonsupplementen tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis** voor dezelfde ingreep. De voorbeelden van verblijven voor vaginale bevallingen (Figuur 8) en knieprothesen (Figuur 9) illustreren deze verschillen.

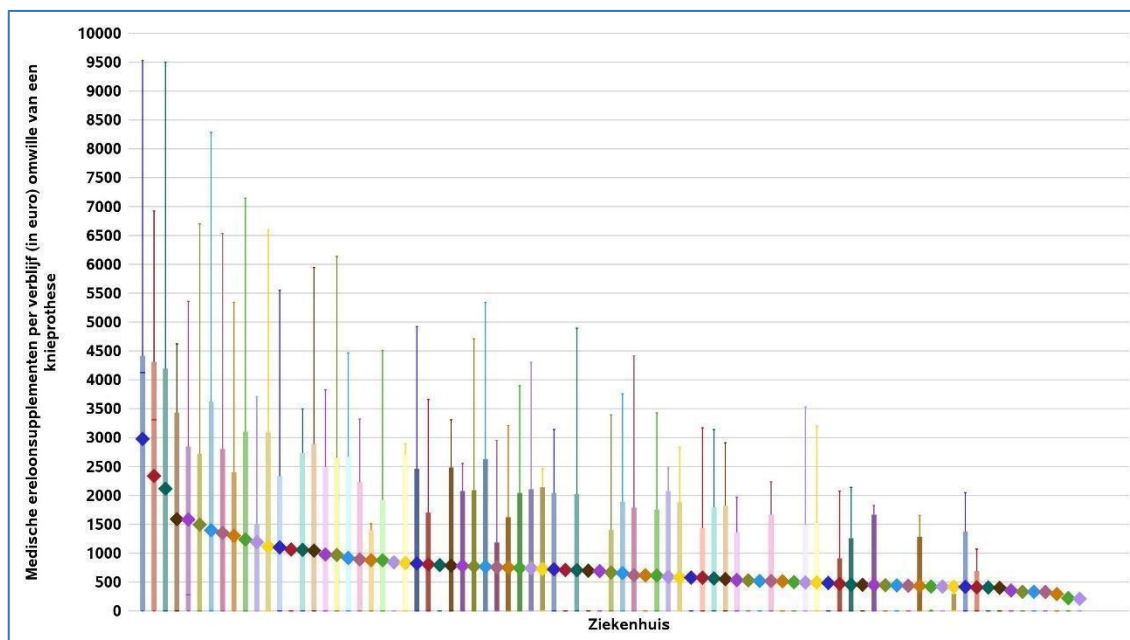
Figuur 8. Variatie in ereloonsupplementen tussen ziekenhuizen en tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis, voor dezelfde interventie: vaginale bevalling²⁰



Het gemiddelde bedrag ereloonsupplement per ziekenhuis varieert tussen €219 en €2.199 voor een vaginale bevalling, maar kan soms tot meer dan €7.000 oplopen (outliers worden in deze figuur niet getoond).

²⁰ Voor meer informatie omtrent de interpretatie van boxplot-grafieken, zie Bijlage 5.

Figuur 9. Variatie in ereloonsupplementen tussen ziekenhuizen en tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis, voor dezelfde interventie: knieprothese



Die grote variabiliteit van het bedrag medische ereloonsupplementen tussen ziekenhuis, maar ook tussen individuele verblijven is ook te merken voor een knieprothese. Het gemiddelde bedrag ereloonsupplement per ziekenhuis varieert tussen €209 en €2.978, en kan ook veel hoger oplopen (outliers worden in deze figuur niet getoond).

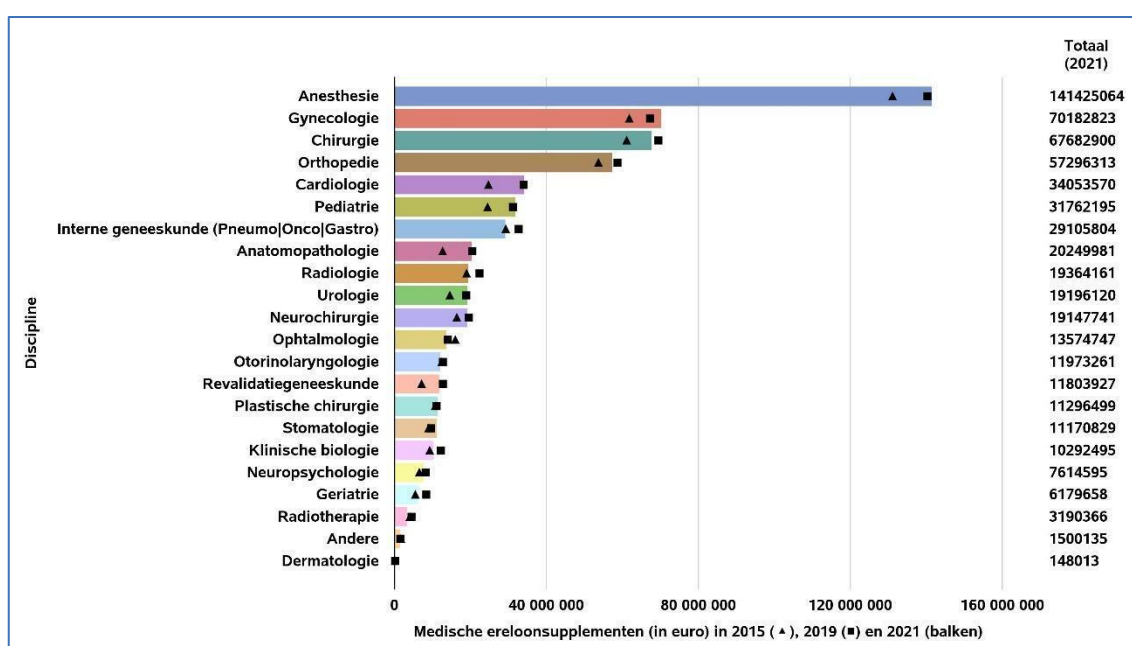
Het gemiddelde bedrag aan ereloonsupplementen voor een ingreep in een ziekenhuis is indicatief. Achter dat gemiddelde schuilt echter een grote spreiding. Daarenboven voorkomt dit niet dat de patiënt geconfronteerd kan worden met heel hoge ereloonsupplementen.

3.3.4. Analyse per type zorgverstreker²¹

Praktijk volgens het specialisme van de verstreker in 2021

Het grootste deel van de 598 miljoen euro aan ereloon-supplementen wordt door enkele groepen van specialisten²² geattesteerd: anesthesisten, gynaecologen, orthopedisch chirurgen en chirurgen vertegenwoordigen meer dan de helft van de ereloon-supplementen bij een ziekenhuisopname (Figuur 10).

Figuur 10. Verdeling van het totale bedrag van de ereloon-supplementen over de specialisatiegroepen bij ziekenhuisopname (en evolutie 2015 – 2019 - 2021)



Het volume aan ereloon-supplementen bij ziekenhuisopnames vertoont bij enkele disciplines (gynaecologie, anesthesie) een toename ten opzichte van 2019.

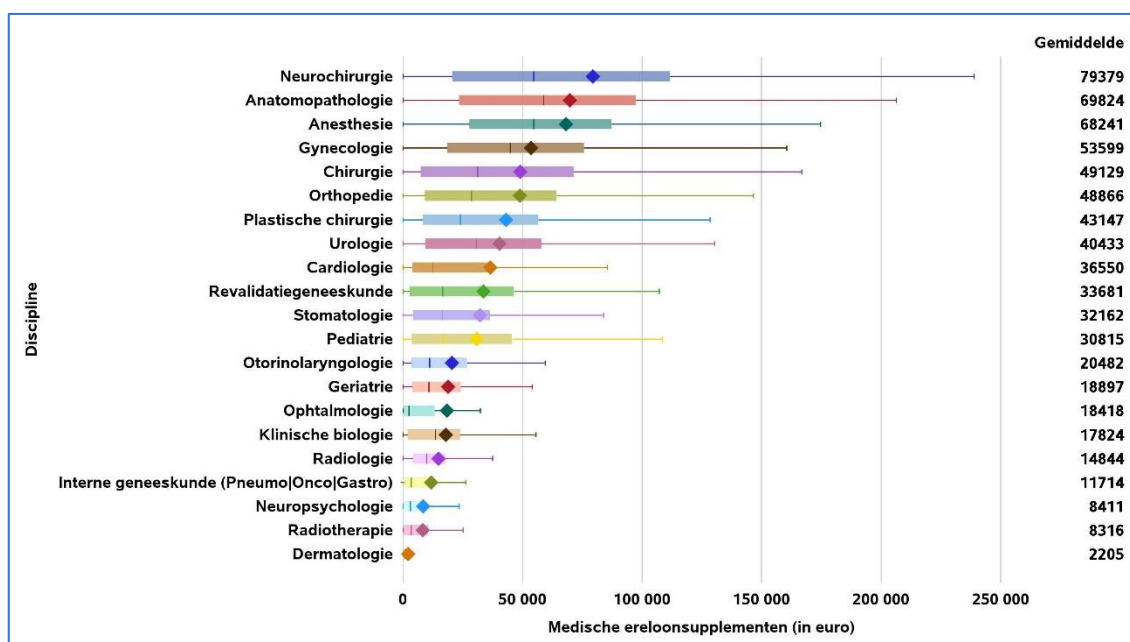
De vergelijking tussen artsen-specialisten²³ aangaande het bedrag aan ereloon-supplementen geattesteerd tijdens ziekenhuisverblijven, toont grote verschillen tussen specialismen, maar ook binnen eenzelfde specialiteit tussen verstrekkers (Figuur 11).

²¹ Alle verblijven samen (klassieke + daghospitalisatie)

²² Het specialisme van de verstreker steunt op een hergroepering van de kwalificatie in 3 cijfers (cf. Bijlage 4)

²³ Om te vermijden dat een zeer geringe activiteit op het vlak van ziekenhuisopnames tot vertekening leidt, zijn alleen zorgverleners met een aanzienlijke activiteit op het vlak van ziekenhuisopnames (de "actieven") in deze analyse opgenomen. Individuele zorgverleners met

Figuur 11. Distributie van het bedrag aan ereloonsupplementen gefactureerd bij ziekenhuisopnames per individuele verstrekker, volgens het specialisme van de arts



Neurochirurgie vormt het specialisme waar de verstrekkers de hoogste bedragen aan ereloonsupplementen bereiken, met gemiddeld meer dan €79.379 op jaarbasis. Eén verstrekker op twee overschrijdt de grens van €54.713 aangerekende ereloonsupplementen op jaarbasis, 1 op 10 verstrekkers €167.394.

In de volgende disciplines attesteert meer dan een verstrekker op vier meer dan €50.000 supplementen:

- neurochirurgie (Q3: €111.676);
- anatomopathologie (Q3: €97.371);
- anesthesie (Q3: €87.319);
- gynaecologie (Q3: €75.702);
- chirurgie (Q3: €71.454);
- orthopedie (Q3: €64.250);
- urologie (Q3: €57.952);
- plastische chirurgie (Q3: €56.641).

minder dan 100 ziekenhuisopnames en die minder dan €5.000 euro per jaar attesteren, zijn niet opgenomen.

Deze verschillen zijn het gevolg van de verschillen in individuele praktijk, maar ook van het volume aan honoraria per ziekenhuis.

Ereloonsupplement in functie van het conventiestatuut van de verstrekker

Een grote meerderheid (70%) van de actieve²⁴ artsen in ziekenhuizen zijn geconventioneerd. Meer dan de helft (57%) van de aangerekende ereloonsupplementen bij ziekenhuisopnames wordt door geconventioneerde artsen geattesteerd (Figuur 12).

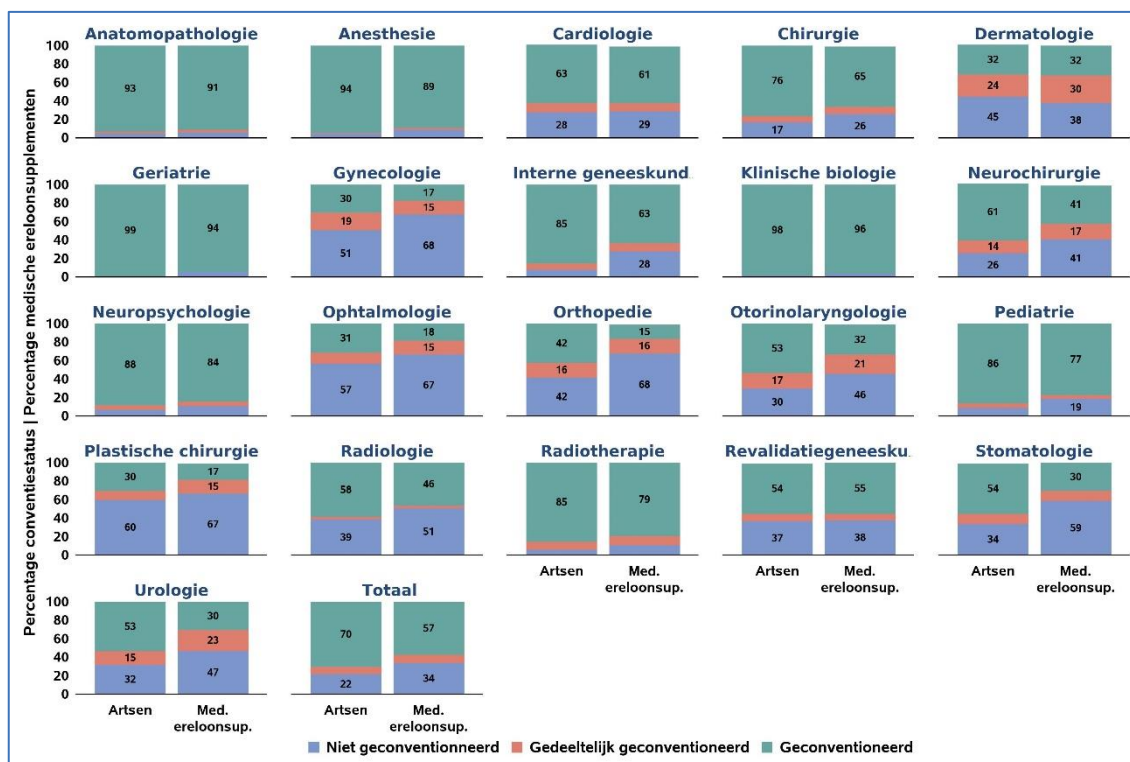
Deze verhouding verschilt naargelang de specialiteit van de verstrekkers.

Binnen geriatrie, klinische biologie, anesthesie en anatomopathologie zijn meer dan 9 op 10 actieve artsen in ziekenhuizen²⁵ volledig geconventioneerd. Die geconventioneerde artsen zijn verantwoordelijk voor meer dan 90% van de ereloonsupplementen in hun specialiteit (89% in anesthesie). Aan de andere kant is een minderheid van de actieve artsen volledig geconventioneerd in gynaecologie, plastische chirurgie, oftalmologie, dermatologie, en orthopedie. In deze disciplines wordt het grootste deel van de ereloonsupplementen door niet-geconventioneerde artsen aangerekend.

²⁴ Actieve arts in ziekenhuis: artsen die meer dan 5.000 € ZIV-honoraria hebben geattesteerd in 2021 tijdens ziekenhuisverblijven.

²⁵ Actieve arts in ziekenhuis: artsen die meer dan 5.000 € ZIV-honoraria hebben geattesteerd in 2021 tijdens ziekenhuisverblijven.

Figuur 12. Verdeling van het percentage artsen en het bedrag van de ereloonsupplementen volgens conventioneeringsstatus, per specialisatie



Globaal gezien attesteert 1 verstrekker op 14 (7,4%), met name 1.265 op 17.508 verstrekkers, geen ereloonsupplementen n.a.v. een ziekenhuisverblijf (Tabel 6). In totaal attesteert 10% van de verstrekkers een bedrag van minstens €90.537 aan ereloonsupplementen. Deze 10% vertegenwoordigen bijna de helft (44,7%, €266,1 miljoen) van het totale volume aan ereloonsupplementen.

Tabel 6. Verdeling van artsen²⁶ volgens hun conventiestatuut en de aangerekende ereloonsupplementen bij ziekenhuisopnames in 2021

Conventiestatuut	Aantal artsen	Aantal artsen met ereloonsupplementen	Aantal artsen die geen supplementen aanrekenen		Bedrag ereloonsupplement / arts		Bedrag sociaal statuut 2021 ²⁷
			Aantal	%	Mediaan*	P90**	
Geconventioneerd	12.196	11.059	1.115	9.3%	9.585 €	76.293 €	5.088,58 €
Gedeeltelijk geconventioneerd	1.388	1.351	37	2.7%	22.246 €	93.453 €	2.400,40 €
Niet geconventioneerd	3.925	3.812	113	2.9%	32.856 €	123.021 €	-
Totaal	17.509	16.222	1.265	7.4%	14.077 €	90.537 €	

* Mediaan = minimumbedrag aan ereloonsupplementen dat door 50% van de verstrekkers geattesteerd wordt

** P90 = minimumbedrag aan ereloonsupplementen dat door 10% van de verstrekkers geattesteerd wordt

Opmerkingen:

- De ZIV-honoraria en de ereloonsupplementen van elke verstrekker weerspiegelen enkel een deel van hun honoraria (deze geattesteerd tijdens ziekenhuisverblijven). Ze houden geen rekening met de ambulante geattesteerde honoraria.
- Deze brutobedragen houden geen rekening met retrocessies, die verschillen naar gelang van de specialisatie, het ziekenhuis en zelfs de individuele zorgverlener. Het gebrek aan informatie hierover maakt het onmogelijk hiermee rekening te houden.

²⁶ Deze tabel houdt geen rekening met de verstrekkers die minder dan € 5.000 honoraria per jaar aanrekenen voor ziekenhuisverblijven.

²⁷ Het bedrag van het sociaal statuut is een netto bedrag



4. Conclusie

In dit hoofdstuk hernemen we de voornaamste bevindingen en formuleren we aanbevelingen.

De analyse van de aan de patiënt gefactureerde bedragen bij klassieke opname of daghospitalisatie in 2021 leidt tot onderstaande conclusies.

Het aan de patiënt gefactureerde bedrag kan zeer hoog oplopen. Gemiddeld is er per ziekenhuisopname een opwaartse druk in de aan de patiënt gefactureerde bedragen, voor alle type verblijven (behalve oncologische dagziekenhuis) en alle kamertypes. Daarenboven vertonen deze bedragen een **grote heterogeniteit** tussen ziekenhuizen en tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis, ook voor routineprocedures in hetzelfde kamertype.

Ziekenhuiszorg (en ruimer, gezondheidszorg) moet financieel toegankelijk zijn voor iedereen, ook voor zij zonder aanvullende verzekering – waarvoor de premies trouwens hoog kunnen oplopen.

4.1. Belangrijkste bevindingen

Hoog totaalbedrag ten laste van de patiënt

- **Gehospitaliseerde patiënten betaalden in totaal €1,32 miljard** (exclusief eventuele ambulante kosten voor of na ziekenhuisopname en exclusief kosten die niet opgenomen zijn op de ziekenhuisfactuur, zoals bv. interhospitaalvervoer). Het gedeelte van dit bedrag **dat uitgesloten is van financiële beschermingsmechanismen zoals de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur, namelijk supplementen en niet-vergoedbare betalingen** (69,0%) blijft toenemen ten opzichte van 2018 (67,5%). Van die 911 miljoen euro supplementen en niet-vergoedbare betalingen zijn **€704 miljoen kamer-typegelieerde supplementen** (ereloon- en kamersupplementen op eenpersoonkamers). Remgelden, die wel in aanmerking komen voor de verschillende financiële beschermingsmechanismen, lopen op tot €410 miljoen.

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

De patiëntenfactuur overschreed €3.000 bij ongeveer 70.000 klassieke verblijven en 2.900 daghospitalisaties in 2021.

- **Voor 18% van alle klassieke hospitalisaties bedraagt deze factuur minstens €1000.**
- Voor de ziekenhuisverblijven gevat in het systeem laagvariabele zorg blijft er een grote variatie in de aan de patiënten gefactureerde bedragen²⁸ dewelke zeer hoog kunnen uitvallen - niettegenstaande het gebundelde bedrag van honoraria dat het RIZIV vergoedt, vastgelegd zijn. Zo kunnen patiënten bijv. nog steeds geconfronteerd worden met duizenden euro's aan (ereloon)supplementen, ook voor een ziekenhuisopname laagvariabele zorg.
- Ook op meerpersoonkamers kan het aan de patiënt gefactureerde bedrag hoog oplopen, bv. door de kost van implantaten²⁹.
- **Het aantal dagopnames waarbij de kost ten laste van de patiënt minstens €1000 bedraagt, is 19,2% hoger in 2021 dan in 2019** (55.247 in 2021 ten opzichte van 46.343 in 2019).

²⁸ Cf. https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf, p.32

²⁹ Meer uitleg https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf, p.33

Financiële toegankelijkheid ziekenhuiszorg onder druk

- **Per opname** beschouwd, **namen de gemiddelde aan de patiënt gefactuurerde supplementen en niet-vergoedbare betalingen toe.**
- **6,6%** van de **klassieke opnames** van patiënten met **recht op verhoogde tegemoetkoming** betreft een verblijf op een **eenpersoonskamer**, tegenover **21,9%** bij **gewoon rechthebbenden.**

Hoge ereloonsupplementen en niet-vergoedbare honoraria

- Op het totaal van €911 miljoen aan supplementen en niet-vergoedbare betalingen, zijn **ereloonsupplementen op medische vergoedbare erelonen (€598 miljoen) goed voor 65,6%.**
- Deze ereloonsupplementen stijgen sneller dan de terugbetaling door de ziekteverzekering, zowel voor klassieke hospitalisaties als voor dagopnames. In 2021 bedraagt de ereloonsupplementenmassa op medische vergoedbare erelonen **18,6% t.o.v. de totale ZIV-ereloonmassa.**
- 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
 - Zeer grote variatie **tussen specialismen** binnen eenzelfde ziekenhuis
 - 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

De grote meerderheid van de actieve artsen in ziekenhuizen zijn geconventioneerd. Ze attesteren 57% van de ereloonsupplementmassa voor ziekenhuisverblijven.

Nood aan transparantie 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 maar ook aan een betere bescherming tegen zeer hoge rekeningen.

- **Het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage is slechts weinig informatief over de aan de patiënt gefactureerde ereloonsupplementen.** Ten eerste is er een matige associatie tussen het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage en de werkelijk gefactureerde ereloonsupplementenmassa relatief ten opzichte van de bijhorende ZIV-honorariummassa (in eenpersoonskamers). Ten tweede heeft de patiënt weinig tot geen zicht op voorhand op het bedrag waarop deze ereloonsupplementen berekend zullen worden. Op heden is er geen plafondbedrag voor (ereloon)supplementen, bv. per opname.
- Het **maximaal aanrekenbare ereloonsupplementenpercentage is in heel wat ziekenhuizen toegenomen** de afgelopen jaren. Uit een lezing van de meest recente opnameverklaringen stellen we bovendien het volgende vast:
 - Sommige ziekenhuizen introduceren uitzonderingen van verschillende aard op de toepassing van het **maximaal aanrekenbare ereloonsupplementenpercentage** (voor bepaalde disciplines, bepaalde prestaties, afwijkingen toelaten bij informed consent, ...).
 - De aan de verzekeringsinstellingen gecommuniceerde informatie met betrekking tot het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementenpercentage is niet steeds identiek aan de informatie op ziekenhuiswebsites/opnameverklaringen, en kan ieder moment aangepast worden.

4.2. Opmerkingen en aanbevelingen

Het gebrek aan transparantie (over retrocessies en de toewijzing ervan, over ambulante praktijken (ook) 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.

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 kamer-type 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.

Referenties

- [1] OECD. OECD Health Statistics 2021 2021. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.
- [2] Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Gezondheidsrekeningen (System of Health Accounts) 2021. <https://socialsecurity.belgium.be/nl/cijfers-van-sociale-bescherming/statistieken-sociale-bescherming/gezondheidsrekeningen>.
- [3] OECD. Health at a Glance 2021. OECD; 2021. <https://doi.org/10.1787/19991312>.
- [4] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten 2021. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx>.
- [5] Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. 2020.
- [6] Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Brussels: 2018.
- [7] De Wolf F, Di Zinno T, Dolphens M, Landtmeters B, Lona M. Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt. 2021.
- [8] Belgisch Staatsblad. Koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg 2018.
- [9] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Monitoring COVID-19: Impact van COVID-19 op de terugbetaling van gezondheidszorg. 2021.
- [10] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Gestandaardiseerd verslag - Sector 12: verpleegdagprijs. 2021.
- [11] Wet van 26 juni 2020 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen tot bescherming van de slachtoffers van de pandemie veroorzaakt door het coronavirus SARS-CoV-2 tegen de aanrekening van ereloonsupplementen. 2020.
- [12] Belgisch Staatsblad. Koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie 2020.

- [13] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Nomensoft: Nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen 2021. <https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/nl/101032>.

Bijlagen

Bijlage 1. Financieringskanalen van de Belgische gezondheidszorg

De uitgaven aan gezondheidszorg bedroegen in 2020 (meest recent beschikbare cijfers) 11,06% van de totale geldwaarde van alle in België geproduceerde goederen en diensten (i.e. het bruto binnenlands product). Hieronder beschrijven we kort de financieringskanalen³⁰.

Vier vijfde (79,2%) van de uitgaven aan gezondheidszorg in 2019 zijn afhankelijk van financiering via publieke stelsels. Het merendeel hiervan is afkomstig uit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (ZIV), een van de zeven takken van onze sociale zekerheid. De overheid, werkgevers en werknemers financieren de sociale zekerheid. Zo goed als alle Belgen kunnen hierdoor gebruikmaken van de terugbetaling van de kosten voor geneeskundige verzorging, of kunnen terugvallen op een uitkering in geval van ziekte, arbeidsongeschiktheid of zwangerschap. De ZIV wordt beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Ziekenfondsen staan in voor een deel van de administratie en de uitbetalingen. Aansluiten bij een ziekenfonds is verplicht.

De rechtstreekse betalingen omvatten het remgeld en eventuele supplementen (ere-loonsupplementen en kamersupplementen), incl. niet-vergoedbare betalingen (bv. Bepaalde geneesmiddelen, implantaten, hulpmiddelen of honoraria waarvoor geen terugbetaling voorzien is vanuit de ziekteverzekering).

Het remgeld is het door de patiënt te betalen deel van de geneeskundige zorg of het geneesmiddel, verkregen na aftrek van de tegemoetkoming van de verzekering voor

³⁰De gepresenteerde cijfers zijn gebaseerd op het 'System of Health Accounts' (de gezondheidsrekeningen), een methodologisch kader waarbinnen landen internationaal vergelijkbare ramingen kunnen opmaken van de consumptie van goederen en diensten voor gezondheids- en langdurige zorg door hun bevolking.

geneeskundige verzorging³¹. Een aantal mechanismen bedoeld om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bewaken, maken dat de grootte van dit persoonlijk aandeel lager kan uitvallen. Naast de universele ziekteverzekering bestaan er sociale vangnetten. Zo is er bijvoorbeeld het statuut verhoogde tegemoetkoming van medische kosten. Dankzij de verhoogde tegemoetkoming betalen recht-hebbende patiënten minder voor raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisaties, enz. Onder andere personen die een sociale uitkering genieten hebben hier automa-tisch recht op [4]. Ook is er de maximumfactuur (MAF), een systeem dat ervoor zorgt dat medische kosten ten laste van de patiënt terugbetaald worden door het zieken-fonds, eens een maximumbedrag bereikt is in de loop van het jaar. Echter, **niet alle kosten worden opgenomen in de teller voor de MAF – zoals bijvoorbeeld (ereloon)supplementen – waardoor de kost ten laste van de patiënt toch hoog kan oplopen. Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een gestaag groeiend 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 geconfron-teerd worden met ernstige gezondheidsproblemen** [5,6]. Dit niettegenstaande de grote budgetten die in België naar gezondheidszorg gaan en de bestaande sociale vangnetten.

Alle prestaties, het bijhorende ereloon, de tegemoetkoming vanwege de ZIV en het persoonlijk aandeel van de patiënt (het remgeld) zijn vastgelegd in de **nomenc-la-tuur van de geneeskundige verstrekkingen** en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Supplementen en niet-vergoedbare betalingen kennen veel minder regule-ring, en zijn volledig ten laste van de patiënt. Ze kunnen zowel voor ziekenhuis-verblijven worden gefactureerd, als voor raadplegingen of medisch-technische pres-taties binnen of buiten de muren van het ziekenhuis, bijvoorbeeld in de privépraktijk van een arts, tandarts of kinesist. Voor een ziekenhuisverblijf op een eenpersoons-kamer, kunnen kamersupplementen en ereloon-supplementen door elk ziekenhuis of verstrekker vastgesteld en aangerekend worden, onafhankelijk van het conventie-statuut van de zorgverstrekker. Het ereloon-supplement wordt meestal uitgedrukt als het maximale percentage op het ereloon dat een arts extra kan aanrekenen. Dit

³¹Bijvoorbeeld, de prestatie 'Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huis-arts' kent een honorarium van €27,06 in 2021. Voor patiënten geldt een minimale tegemoet-koming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van €21,06 en een maximaal persoonlijk aandeel (i.e. remgeld) van €6,00 [13].

percentage wordt door elk ziekenhuis individueel vastgelegd en vermeld in de opnameverklaring, en varieert van 100% tot 300% tussen ziekenhuizen. Een ereloon-supplement tot 100% wil bijvoorbeeld zeggen dat de patiënt maximaal het totale vastgelegde ereloon als supplement bovenop het remgeld op het ereloon betaalt³². Niet vergoedbare betalingen zijn ook volledig ten laste van de patiënt.

³²Nemen we het voorbeeld van de veelvoorkomende prestatie 'Honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, ongeacht de bekwaamheid van de arts aan wie het verschuldigd is: de eerste vijf dagen, per dag', dan gold in 2020 een honorarium van €12,91, met een tegemoetkoming van €8,40 en een persoonlijk aandeel van €4,51. In geval van een supplement van 100%, stijgt de kost voor de patiënt van €4,51 (remgeld) naar €17,42 (€4,51 remgeld + 100%*€12,91 supplement).

Bijlage 2. Verdeling van het bedrag gefactureerd aan de patient volgens type verblijf en kamercategorie

	Gemid- delde	Per- centiel 10	Percen- tiel 25	Percen- tiel 50	Percen- tiel 75	Percen- tiel 90
Klassieke verblijven						
Gemeenschappelijke kamer	304.15	47.51	85.38	172.60	342.58	690.87
Eenpersoonskamer	2347.56	553.97	1122.70	1818.72	2878.06	4411.68
Chirurgische dagziekenhuis						
Gemeenschappelijke kamer	114.68	6.54	17.72	47.97	196.10	219.79
Eenpersoonskamer	957.89	221.23	444.72	814.82	1270.14	1797.34
Niet chirurgische dagziekenhuis						
Gemeenschappelijke kamer	45.98	3.55	9.01	21.80	43.53	83.65
Eenpersoonskamer	742.68	46.45	214.14	618.98	1082.02	1557.07
Oncologische dagziekenhuis						
Gemeenschappelijke kamer	17.35	4.16	6.60	14.73	22.44	32.95
Eenpersoonskamer	124.43	19.36	80.14	114.23	156.01	213.89

Bijlage 3. Maximaal aanrekenbaar ereloonsupplementenpercentage per ziekenhuis

Het weergegeven maximaal aanrekenbaar ereloonsupplementenpercentage bij ziekenhuisopname is gebaseerd op de informatie die de ziekenhuisbeheerders communiceren aan het RIZIV³³ en via het RIZIV aan de VI.

Het maximumpercentage in de laatste kolom van onderstaande tabel is het 95^{ste} percentiel van percentage ereloonsupplementen voor medische diensten met ereloonsupplementen (bij klassieke opname en daghospitalisatie).

Netwerk	Regio	Ziekenhuis		Opnameverklaring (op 1 januari)			Max % gefactureerd (*)
				2018	2020	2021	
BRIANT Vzw	V	AZ St.-Maarten	[Mechelen]	135%	175%	175%	170%
	V	AZ Heilig Hart	[Lier]	135%	135%	135%	135%
	V	AZ Jan Portaels	[Vilvoorde]	150%	150%	150%	150%
	V	Imelda Ziekenhuis	[Bonheiden]	150%	150%	150%	150%
CUROZ Vzw	B	UZ Brussel	[Brussel]	175%	175%	175%	116%
	V	AZ Sint-Maria	[Halle]	200%	200%	200%	200%
	V	Onze Lieve Vrouweziekenhuis	[Aalst, Asse, Ninove]	150%	150%	150%	150%
	V	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	[Aalst]	125%	125%	125%	150% ³⁴
E17 Vzw	V	AZ Maria Middelaes	[Gent]	150%	150%	150%	150%
	V	St.-Jozefskliniek	[Izegem]	100%	100%	100%	120% ³⁵
	V	AZ St.-Vincentius	[Deinze]	100%	150%	150%	150%
	V	AZ St.-Elisabeth	[Zottegem]	100%	100%	100%	150% ³⁶

³³ Artikel 4 van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis bepaalt dat de geldende tarieven ter informatie verzonden dienen te worden aan de nationale overeenkomstencommissie verpleeginrichtingen en verzekeringsinstellingen telkens wanneer deze worden aangepast.

³⁴ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 150%

³⁵ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 120%

³⁶ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 150%

	V	AZ Groeninge	[Kortrijk]	120%	120%	120%	120%
	V	O.L.V. Van Lourdes Ziekenhuis Waregem	[Waregem]	100%	100%	120%	120%
	V	AZ Glorieux	[Ronse]	100%	100%	100%	150% ³⁷
ELIPSE Réseau Hospitalier Universitaire	W	C.H. Reine Astrid	[Malmedy]	200%	200%	200%	200%
	W	CHR Verviers East Belgium	[Verviers]	200%	200%	200%	200%
	W	Clinique Andre Renard	[Herstal]	150%	150%	150%	150%
	W	C.H. Bois De L'Abbaye et de Hesbaye	[Seraing, Waremme]	200%	200%	200%	200%
	W	CHR de Huy	[Huy]	200%	200%	200%	200%
	W	CHR Citadelle	[Herstal, Liège]	200%	200%	200%	200%
	W	CHU De Liège	[Liège]	200%	200%	200%	200%
GENT Vzw	V	AZ Oudenaarde	[Oudenaarde]	100%	100%	100%	135% ³⁸
	V	AZ St.-Lucas	[Gent]	100%	125%	125%	125%
	V	U.Z. Gent	[Gent]	300%	300%	300%	125%
	V	AZ Jan Palfijn	[Gent]	100%	100%	100% ³⁹	135%
HELIX Vzw	V	AZ Rivierenland	[Bornem, Willebroek, Rumst]	120%	200%	200%	200%
	V	UZ Antwerpen	[Edegem]	200%	200%	200%	200%
	V	AZ Sint-Jozef	[Malle]	100%	200%	200%	200%
	V	AZ Monica	[Deurne]	200%	200%	200%	200%
	V	AZ Klina	[Brasschaat]	200%	200%	200%	200%
HELORA Réseau Hospitalier	W	CHU Tivoli	[La Louvière]	300%	300%	300%	300%
	W	Groupe Jolimont	[Haine-Saint-Paul]	100%	200%	200%	200%
	W	CHU Ambroise Pare	[Mons]	250%	250%	250%	250%
	W	Groupe Jolimont	[Boussu, Mons]	200%	200%	200%	200%
	W	Groupe Jolimont	[Nivelles]	200%	200%	200%	200%

³⁷ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 150%

³⁸ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 135%

³⁹ AZ Jan Palfijn: wijziging van het maximumpercentage ereloon-supplementen in de loop van 2021 (januari) (wijziging van 100% max naar 135% max), via RIZIV gecommuniceerd aan VI.

KEMPEN Vzw	V	AZ Turnhout	[Turnhout]	100%	100%	100% ⁴⁰	135%
	V	Heilig Hart Ziekenhuis	[Mol]	100%	100%	100%	135% ⁴¹
	V	AZ Herentals	[Herentals]	100%	100%	100%	135% ⁴²
	V	Ziekenhuis Geel	[Geel]	105%	105%	105%	135% ⁴³
KOM Netwerk Vzw	V	AZ Alma	[Eeklo]	125%	125%	125%	150% ⁴⁴
	V	AZ St.-Jan Brugge-Oostende	[Brugge, Oost-ende]	100%	100%	100%	100%
	V	AZ St.-Lucas	[Brugge]	200%	200%	200%	100%
	V	AZ West	[Veurne]	115%	125%	125%	125%
	V	AZ Zeno	[Knokke-Heist]	120%	120%	120%	120%
	V	AZ Damiaan	[Oostende]	100%	110%	110%	110%
MIRA Vzw	V	AZ St.-Blasius	[Dendermonde]	100%	100%	100%	150% ⁴⁵
	V	AZ Nikolaas	[Beveren, Temse, Sint-Niklaas]	110%	150%	150%	150%
	V	AZ Lokeren	[Lokeren]	110%	150%	150%	150%
Netwerk GZA - ZNA Vzw	V	Ziekenhuisnetwerk Antwerpen	[Antwerpen]	200%	200%	200%	200%
	V	GZA- Ziekenhuizen	[Antwerpen, Mortsel, Wilrijk]	200%	200%	200% ⁴⁶	150%
Noord-Oost Limburg Vzw	V	Ziekenhuis Oost-Limburg	[Genk]	100%	100%	150%	150%
	V	Ziekenhuis Maas En Kempen	[Maaseik]	150%	150%	150%	150%
	V	Mariaziekenhuis Noord-Limburg	[Overpelt]	100%	150%	150%	150%

⁴⁰ AZ Turnhout: wijziging van het maximumpercentage ereloon supplementen in de loop van 2021 (wijziging van 100% max naar 135% max in maart 2021), via RIZIV gecommuniceerd aan VI

⁴¹ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 135%

⁴² Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 135%

⁴³ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 135%

⁴⁴ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 150%

⁴⁵ Informatie op ziekenhuiswebsite (opnameverklaring op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023): max 150%

⁴⁶ GZA Ziekenhuizen (Antwerpen): wijziging van de opnameverklaring in de loop van 2021 met een verhoging van het maximumpercentage ereloon supplementen tot 150%

PLEXUS Vzw	V	Reg. Ziekenhuis Heilig Hart	[Leuven]	150%	150%	150%	150%
	V	Reg. Ziekenhuis Heilig Hart	[Tienen]	100%	150%	150%	150%
	V	UZ Leuven	[Leuven]	150%	150%	150%	150%
	V	AZ Diest	[Diest]	150%	150%	150%	150%
Réseau CHORUS	B	CHU Saint-Pierre / UMC Sint-Pieter	[Brussel]	300%	300%	300%	200%
	B	CHU Brugmann	[Brussel]	300%	300%	300%	200%
	B	Institut Jules Bordet	[Brussel]	300%	300%	300%	200%
	B	Hôp Iris Sud - Iris Ziekenhuizen Zuid	[Brussel]	300%	300%	300%	300%
	B	Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)	[Brussel]	300%	300%	300%	200%
	B	CHIREC - Hôpital Delta	[Brussel]	300%	300%	300%	300%
	B	Clinique Universitaire de Bruxelles - Hôpital Erasme	[Brussel]	300%	300%	300%	300%
	B	CHIREC - Hôpital Sare	[Brussel]	300%	300%	300%	300%
Réseau Hospitalier clinique Iocorégional H.Uni	B	Kliniek St.-Jan - Clinique St.-Jean	[Brussel]	200%	200%	200%	200%
	B	Europaziekenhuizen - Cliniques De L'Europe	[Brussel]	300%	200%	200%	200%
	B	Cliniques Universitaires St-Luc	[Brussel]	300%	300%	300%	200%
	W	Clinique Saint Pierre	[Ottignies]	200%	200%	200%	200%
Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole (RHCM)	W	Grand Hôpital De Charleroi	[Charleroi, Gilly, Lovernal, Montignies-s/Sambre]	200%	200%	200%	200%
	W	Clinique Notre-Dame De Grace	[Gosselies]	300%	300%	300%	251%
Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.)	W	CHR De Namur	[Namur]	200%	200%	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Mont-Godinne]	200%	200%	200%	200%
	W	CHR Sambre Et Meuse	[Auvélais, Fosses-La-Ville]	200%	200%	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Namur]	200%	200%	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Dinant]	200%	200%	200%	200%
	W	Clinique St.-Luc	[Bouge]	200%	200%	200%	200%
Réseau HUmani Santé	W	Centre De Sante Des Fagnes	[Chimay]	230%	230%	230%	229%
	W	CHU De Charleroi - Hôpital Andre Vésale	[Montigny-Le-Tilleul]	200%	200%	200%	200%
	W	CHU De Charleroi	[Lodelinsart]	200%	200%	200%	200%

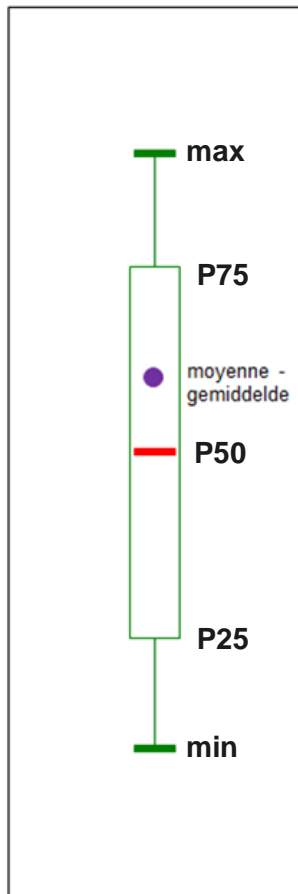
	W	St.-Nikolaus Hospital	[Eupen]	200%	200%	200%	200%
Réseau MOVE	W	Clinique CHC	[Liège, Warremme]	275%	275%	250%	250%
	W	Clinique CHC	[Hermalle-Sous-Argenteau, Heusy]	275%	275%	250%	250%
	W	Klinik St.-Josef	[Sankt-Vith]	200%	200%	200%	200%
	W	CHR de la Haute Senne	[Soignies, Neufvilles]	300%	300%	300%	300%
Réseau PHARE	W	C.H. De Mouscron	[Mouscron]	100%	100%	100%	100%
	W	C.H. Epicura	[Frameries, Hornu, Baudour]	250%	250%	250%	250%
	W	C.H. Wallonie Picarde – CHwapi	[Tournai]	200%	200%	200%	200%
	W	C.H. Epicura	[Ath]	250%	250%	250%	250%
réseau Vivalia	W	Vivalia	[Bastogne, Marche-En-Famenne]	160%	200%	200%	200%
	W	Vivalia	[Libramont]	160%	160%	200%	200%
	W	Vivalia	[Arlon, Saint-Mard]	200%	200%	200%	200%
TRiAz Vzw	V	Jan Yperman Ziekenhuis	[Ieper]	100%	100%	100%	120% ⁴⁷
	V	AZ Delta	[Menen, Torhout, Roeselare]	100%	100%	100%	100%
	V	St.-Andries Ziekenhuis	[Tielt]	100%	100%	100%	100%
Ziekenhuisnetwerk ZuidWest-Limburg Vzw	V	Jessaziekenhuis	[Hasselt]	150%	150%	150%	150%
	V	St.-Franciskus Ziekenhuis	[Heusden]	150%	150%	150%	150%
	V	St.-Trudo Ziekenhuis	[Sint-Truiden]	100%	150%	150%	150%
	V	AZ Vesalius	[Tongeren]	100%	150%	150%	150%

⁴⁷ Informatie op ziekenhuiswebsite, geraadpleegd in februari 2023: max 150%

Bijlage 4. Hergroepering van specialismen

Annexe 2 - Qualifications des spécialités utilisées dans l'étude, basées sur un regroupement de codes compétence			
Regroupement de spécialités	Codes compétence sélectionnés	Spécialités de base	
1 Anapath	087, 870	Spécialistes en anatomie pathologique	
2 Anesth	010, 100-139	Spécialistes en anesthésie-réanimation	
3 Cardio	073, 730-739	Spécialiste en cardiologie	
4 Chir	014, 140-169	Spécialiste en chirurgie y compris double reconnaissance	
5 Chir plastique	021, 210, 219, 222	Spécialiste en chirurgie plastique	
6 Dermato	055, 550 à 569	Spécialiste en dermato-vénérologie	
7 Gériatre	018, 180-184	Spécialiste en gériatrie à l'exception de la double reconnaissance gériatrie et médecine nucléaire	
8 Gynéco	034, 340-369	Spécialiste en gynécologie-obstétrique	
9 Labo	086, 860-867	Spécialiste en biologie clinique et pharmaciens biologistes	
10 Méd interne/pneumo/onco	058, 062, 065, 066, 079, 573-660, 790-799	Spécialiste en médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie médicale, rhumatologie	
11 Neurochir	017, 170, 199	Spécialiste en neurochirurgie	
12 (Neuro)(psy)	076, 077, 078, 760-784	Spécialiste en neuropsychiatrie, neurologie, psychiatrie	
13 Ophtalmo	037, 370-399	Spécialiste en ophtalmologie	
14 ORL	041, 410-422	Spécialiste en oto-rhino-laryngologie	
15 Orthopédiste	048, 480-499	Spécialiste en chirurgie orthopédique	
16 Pédiatre	069, 689-699	Spécialiste en pédiatrie	
17 Radiologue	093, 930-939	Spécialiste en radiodiagnostic	
18 Radiothérapie/Méd nucl	096, 097, 960-997	Spécialistes en radiothérapie et spécialistes en médecine nucléaire	
19 Réva	083, 830-839	Spécialiste en médecine physique et réhabilitation	
20 Stomato	052, 520, 521	Spécialiste en stomatologie	
21 Urologue	045, 450-459	Spécialiste en urologie	

Bijlage 5. Wat is een 'boxplot'?



Een "boxplot" is een grafische voorstelling van de belangrijkste distributieparameters van een reeks gegevens.

Het vak wordt begrensd door het eerste (P25) en het laatste (P75) kwartiel. Het bevat dus 50% van de waarnemingen.

De mediaan (P50) wordt aangeduid met een rode horizontale balk. Het gemiddelde wordt aangeduid met een punt.

Het eerste (P10) en het laatste (P90) deciel worden aangegeven door de horizontale balken die met het vakje zijn verbonden.

De outliers zijn uitgesloten