

# **Inventaris van aan patiënten aangerekende ziekenhuiskosten**

Gegevens 2019

Intermutualistisch Agentschap

Auteurs: Françoise De Wolf, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens,  
Bernard Landtmeters, Murielle Lona

Publicatiedatum: maart 2021

# Inhoud

1	DOELSTELLING .....	2
2	METHODOLOGIE .....	2
2.1.	Brongegevens.....	2
2.2.	Enkele belangrijke definities .....	3
2.3.	Beperkingen van het onderzoek .....	3
3	RESULTATEN: KOSTEN VOOR DE PATIËNT .....	4
3.1.	Totale bedragen ten laste voor de patiënt .....	4
3.1.1.	Algemeen overzicht.....	4
3.1.2.	Uitsplitsing van het totale bedrag ten laste van de patiënt per uitgavencategorie .....	5
3.2.	Bedragen per verblijf ten laste van de patiënt.....	9
3.2.1.	Gemiddeld bedrag per verblijf ten laste van de patiënt (alle verblijven, alle kamertypes) ..	9
3.2.2.	Verdeling van het door de patiënt te betalen bedrag naar verblijf en naar uitgavencategorie	10
3.3.	Verklarende factoren voor verschillen in de facturering van patiënten .....	13
3.3.1.	De verschillen in kosten naar gelang de interventie .....	13
3.3.2.	Verblijven met laagvariabele zorg en verschillen tussen ziekenhuizen.....	14
3.3.3.	Impact van het Kamertype voor de patiëntenfactuur .....	15
3.3.4.	Impact van het sociaal status (VT / geen VT) op de patiëntenfactuur.....	18
4	ALGEMENE BEVINDINGEN .....	20
5	BIJLAGEN - TABELLEN - GRAFIEKEN.....	22
1.1	Bijlage 1: Definitie van de uitgavencategorieën .....	22
	Bijlage 2: Wat is een boxplot? .....	24

## 1 DOELSTELLING

Het doel van deze jaarlijkse publicatie van de IMA Ziekenhuis Barometer is om u te informeren over

- de stand van de kosten die patiënten tijdens een ziekenhuisverblijf in 2019 hebben gemaakt (laatste beschikbare cijfers);
- de evolutie van de kosten van patiënten tijdens een ziekenhuisverblijf;
- de belangrijkste onderdelen van de kosten met de nadruk op supplementen;
- de variatie in de kosten voor de patiënt naar gelang de interventie, het ziekenhuis, het kamertype, de sociale status van de patiënt

voor alle ziekenhuisverblijven, zowel klassieke opnames als daghospitaal, van alle personen die in België gedekt zijn door de ziekteverzekering.

Deze resultaten maken het mogelijk:

- om de (financiële) toegankelijkheid voor de patiënt te controleren;
- de belanghebbenden te informeren over de kosten van een ziekenhuisverblijf ten laste van de overheid en ten laste van de patiënt;
- een discussie op gang te brengen om de transparantie voor de patiënt te verbeteren, om supplementen in specifieke situaties te corrigeren en om de toename van de supplementen af te remmen;
- het voeden van de websites van ziekenfondsen met informatie voor patiënten en de publicatie van ziekenhuisspecifieke indicatoren in de IMA-atlas.

## 2 METHODOLOGIE

### 2.1. Brongegevens

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

- Prestaties voor ziekenhuisverblijven tijdens het jaar 2019 of voor verblijven met een opnamedatum in 2019
- Gefactureerd in 2019 of de eerste 2 kwartalen van 2020
- Gefactureerd aan de ziekenfondsen of aan patiënten aangesloten bij een ziekenfonds:
  - Bedragen die door de ziekteverzekering worden vergoed voor door de ziekteverzekering terugbetaalde zorgen
  - eigen bijdragen van patiënten voor terugbetaalbare prestaties
  - supplementen voor patiënten
  - De twaalfden die aan de ziekenhuizen worden betaald in het kader van de vereffening van de begroting van de financiële middelen van de ziekenhuizen worden niet in aanmerking genomen
- Gefactureerd door één van de 100 acute ziekenhuizen met een afzonderlijk erkenningsnummer voor
  - klassieke ziekenhuisverblijven
  - chirurgisch dagziekenhuis

- niet-chirurgisch dagziekenhuis: maxiforfait, forfait 1 tot 7, forfait chronische pijn, oncologische dagziekenhuis (met uitzondering van gipskamerforfait, forfait voor poortkatheter, enz.).

## 2.2. Enkele belangrijke definities

Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met de volgende definities:

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

## 2.3. Beperkingen van het onderzoek

Elke studie heeft beperkingen, waarvan de meeste intrinsiek verbonden zijn met de brongegevens, waarvan de belangrijkste zijn:

- **Ambulante verstrekkingen en andere kosten** die buiten het ziekenhuis worden gemaakt (polikliniek, spoeddiensten, enz.) **vóór de opname of na het ontslag** (met name preoperatieve onderzoeken en andere kosten zoals apotheek, fysiotherapie, enz.) **alsmede** kosten die niet op de ziekenhuisfactuur worden vermeld (met name ambulancevervoer), worden bij de analyse niet in aanmerking genomen.
- Bij gebrek aan gecodificeerde medische gegevens van de ziekenhuizen konden geen analyses per pathologie worden uitgevoerd. De analyses zijn beperkt tot bepaalde interventies die worden geïdentificeerd door de RIZIV-nomenclatuurcodes of door verblijven laagvariabele zorg (LVZ).
- Gebrek aan informatie voor patiënten over de vraag of zij al dan niet een particuliere ziektekostenverzekering hebben.
- Door het gebrek aan transparantie (over retrocessies en de toewijzing ervan, over extramurale praktijken) is het onmogelijk het systeem en het effect van de maatregelen doeltreffend te controleren.

### 3 RESULTATEN: KOSTEN VOOR DE PATIËNT

We brachten alle kosten in kaart die de patiënt moet dragen tijdens een klassiek ziekenhuisverblijf of dagopname in een acuut ziekenhuis.

In wat volgt vindt u eerst een macro-overzicht van de situatie en vervolgens de gemiddelde kosten van een verblijf.

Verder wordt de impact van bepaalde elementen op de factuur van de patiënt van nabij bestudeerd, in het bijzonder:

- de interventie
- kamerkeuze
- het ziekenhuis
- de sociale status van de patiënt

#### 3.1. Totale bedragen ten laste voor de patiënt

##### 3.1.1. Algemeen overzicht

In totaal werd in **2019 1,38 miljard euro gefactureerd aan patiënten** tijdens acute ziekenhuisverblijven, terwijl 6,05 miljard euro<sup>1</sup> wordt gedekt door de zorgverzekering (tabel 1). **Dit door de patiënt betaalde bedrag (1,38 miljard euro) bestaat voor bijna 1/3 uit remgelden en voor iets meer dan 2/3 uit supplementen.** Deze stegen met 3,7% ten opzichte van 2018, terwijl het volume van de remgelden stabiel bleef (+0,2%).

Tabel 1: Totaal bedragen per type verblijf, 2019

	ZIV terugbetaling (miljoen €) (1)	Remgeld (miljoen €) (2)	Supplementen (miljoen €) (3)	Totaal patiënt (miljoen €) (2+3)	Totaal (miljoen €) (1+2+3)
Klassieke verblijven	4.037	371	796	1.167	5.204
Chirurgische daghospitalisatie	468	38	76	114	582
Niet chir daghospitalisatie (exclusief onco)	648	25	68	93	741
Oncologische daghospitalisatie	893	6	4	10	903
<b>Totaal</b>	<b>6.046</b>	<b>440</b>	<b>944</b>	<b>1.384</b>	<b>7.430</b>

(\*) Dit bedrag omvat niet het vaste deel van het BMF dat maandelijks aan de ziekenhuizen wordt betaald, zonder facturering aan de patiënt.

- Het grootste deel (84%) van het bedrag dat aan patiënten wordt aangerekend, heeft betrekking op klassieke ziekenhuisopname (1,17 miljard euro).
- Het bedrag van de supplementen (944 miljoen) is meer dan twee keer zo hoog als het bedrag aan remgelden (440 miljoen).
- Het totale bedrag dat de patiënt moet betalen (remgelden + supplementen) bedraagt 523 miljoen euro (38%) voor verblijven (klassieke + daghospitalisatie) in een

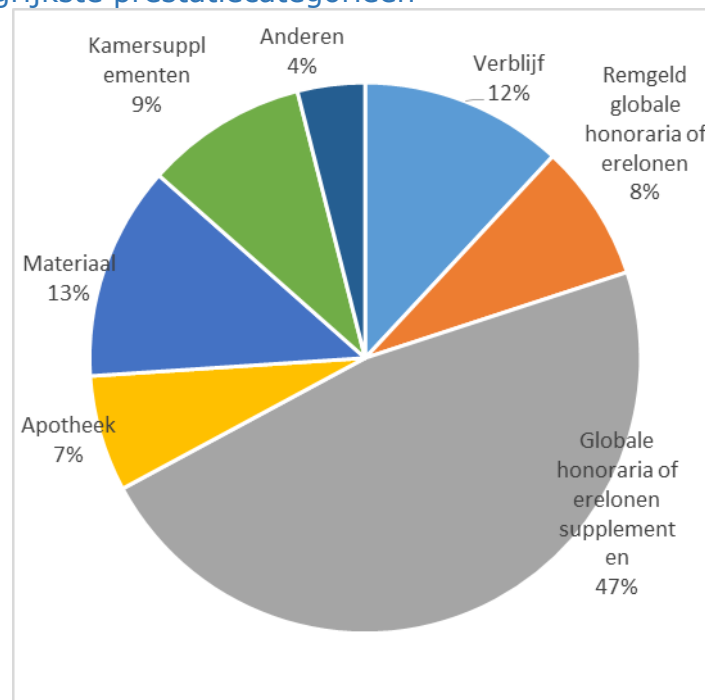
<sup>1</sup> Exclusief twaalfden betaald aan ziekenhuizen

gemeenschappelijke kamer en 858 miljoen euro (62%) voor verblijven in een eenpersoonskamer,<sup>2</sup> ondanks het feit dat ongeveer 1 op 8 verblijven in een eenpersoonskamer is (1 op 5 voor een klassieke hospitalisatie).

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

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

Grafiek 1: : Uitsplitsing van het totale door de patiënt te betalen bedrag (1,38 miljard euro) naar de belangrijkste prestatie categorieën



Bovenstaande uitsplitsing van de 1,38 miljard euro die door de patiënten wordt betaald, toont het gewicht van de erelonen (55%), gevolgd door de kosten voor materiaal (13%), de verblijfskosten (12%) en de kamersupplementen (9%).

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

<sup>2</sup> Deze gegevens blijken uit onze berekeningen, maar zijn niet opgenomen in tabel 1.

	2018 (miljoen €)	2019 (miljoen €)	Absolute groei (miljoen €)	Relatieve groei
Verblijf	163	165	2	1,2%
Remgeld globale honoraria of erelonen	109	111	2	2,2%
Globale honoraria of erelonen supplementen	628	653	25	3,9%
Apotheek	90	94	5	5,1%
Materiaal	173	174	1	0,5%
Kamersupplementen	130	132	2	1,2%
Andere	55	55	0	0,0%
<b>TOTAAL</b>	<b>1.348</b>	<b>1.384</b>	<b>36</b>	<b>2,7%</b>

Met een stijging van 25 miljoen euro of 3,9% ten opzichte van 2018 verklaren de ereloon-supplementen meer dan twee derde van de groei van 36 miljoen euro van de out-of-pocket kosten, terwijl de remgelden op honoraria met 2,2% stijgen. Het zijn echter de uitgaven voor geneesmiddelen waarvoor de groei verhoudingsgewijs het grootst is (+5,1%).

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

	ZIV terugbetaling (1)	Remgeld (2)	Supplementen (3)	<b>Totaal (1+2+3)</b>	<b>Totaal patiënt (2+3)</b>	
	(miljoen €)	(miljoen €)	(miljoen €)	<b>(miljoen €)</b>	(miljoen €)	(% van totaal 1+2+3)
<b>Verblijf (*)</b>	<b>722</b>	<b>165</b>	<b>0</b>	<b>887</b>	<b>165</b>	<b>19%</b>
<b>Globale honoraria of erelonen</b>	<b>3.252</b>	<b>111</b>	<b>653</b>	<b>4.016</b>	<b>764</b>	<b>19%</b>
<b>Apotheek</b>	<b>1.360</b>	<b>12</b>	<b>82</b>	<b>1.455</b>	<b>94</b>	<b>6%</b>
<b>Materiaal</b>	<b>687</b>	<b>151</b>	<b>23</b>	<b>861</b>	<b>174</b>	<b>20%</b>
<b>Kamersupplementen</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>131</b>	<b>131</b>	<b>131</b>	<b>100%</b>
<b>Andere</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>79</b>	<b>55</b>	<b>69%</b>
<b>TOTAAL</b>	<b>6.046</b>	<b>440</b>	<b>944</b>	<b>7.430</b>	<b>1.384</b>	<b>19%</b>

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

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

### **Totale erelonen**

Hoewel de **remgelden van de globale erelonen** (111 miljoen euro) beperkt zijn tot 3,3% van het RIZIV-tarief (3.363 miljoen euro) tijdens de ziekenhuisverblijven, stijgen de kosten van de patiënten tot 19% van het totale bedrag door de supplementen (ereloon-supplementen en niet-terugbetaalbare vergoedingen) (tabel 2).

**De medische ereloonsupplementen (610 miljoen euro), die 80% van de totale erelonen (764 miljoen euro) ten laste van de patiënten uitmaken, wegen bijzonder zwaar op de patiënten rekening (44% van de 1,38 miljard euro die aan de patiënten wordt aangerekend).** De niet-vergoedbare erelonen bedragen 40 miljoen euro en ereloonsupplementen op niet-medische erelonen 2 miljoen euro. Remgelden, met inbegrip van forfaitaire honoraria voor verblijven laagvariabele zorg, (109 miljoen euro) zijn goed voor 15% van de totale erelonen ten laste van de patiënt.

Uit de gedetailleerde analyse van de medische ereloonsupplementen in de bijlage bij het rapport blijkt dat de groei van deze supplementen tussen 2018 en 2019 (+3,8%) hoger is dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de supplementen over de periode 2015-2017 (3%) **en hoger dan de 2,6% stijging van de officiële honoraria tussen 2018 en 2019. De ereloonsupplementen bereikten in 2019 18,6% van de officiële honoraria.**

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

	Remgeld (miljoen €) (1)	Supplementen (miljoen €) (2)	Totaal patiënt (miljoen €) (1+2)
Vergoedbaar ereloon (medisch)	89	610	699
Vergoedbaar ereloon, andere verstrekkers	15	2	17
Niet vergoedbaar ereloon	0	40	40
Forfaitair honoraria LVZ	7	0	7
Globaal ereloon	111	653	764

### **Materiaal**

**De veiligheidsmarge en de afleveringsmarge** vertegenwoordigen bijna de helft van **de 151 miljoen euro aan remgelden** op materiaal.

### **Verblijf**

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

### **Eenpersoonskamer:**

De kamertoeslagen bedragen **131 miljoen euro**, voor 506.973 verblijven (klassiek + dagziekenhuis) in eenpersoonskamers.

### **Apotheek:**

De RIZIV-vergoedingen voor de apotheek (1.360 miljoen euro) bedragen 94% van het totale bedrag (1.455 miljoen euro). **Niet-terugbetaalbare supplementen (82 miljoen euro)** vertegenwoordigen **6%**, en remgelden (12 miljoen euro) bedragen niet meer dan 1% van het totale bedrag.



Hierbij moet opgemerkt worden dat de groei van de uitgaven voor geneesmiddelen (van 1.295 miljoen euro in 2018 naar 1.455 miljoen euro in 2019, d.w.z. + 12% in 1 jaar) een beperkte impact had op de patiëntenfactuur (+ 5%).

**Anderen:**

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

### 3.2. Bedragen per verblijf ten laste van de patiënt

De analyse van het gefactureerde bedrag per verblijf maakt het mogelijk de financiële lasten te beoordelen die de patiënt (persoonlijk of met tussenkomst van een hospitalisatieverzekering) moet dragen in geval van een ziekenhuisopname. Specifieke analyses zijn gewijd aan verschillende factoren die de grote verschillen in de gefactureerde bedragen verklaren, met name:

- De interventie
- Kamerkeuze
- Het ziekenhuis
- Sociale status

#### 3.2.1. Gemiddeld bedrag per verblijf ten laste van de patiënt (alle verblijven, alle kamertypes)

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

Tabel 4: Gemiddeld bedrag per verblijf, naar type verblijf en uitgavencategorie

	Remgeld	Supplementen	Totaal patiënt
<b>Klassieke verblijven</b>			
Verblijf (*)	91 €	0 €	<b>91 €</b>
Globale honoraria of erelonen	50 €	300 €	<b>349 €</b>
Apotheek	3 €	36 €	<b>40 €</b>
Materiaal	61 €	7 €	<b>68 €</b>
Kamersupplementen	0 €	68 €	<b>68 €</b>
Anderen	0 €	27 €	<b>27 €</b>
<b>Totaal</b>	<b>204 €</b>	<b>438 €</b>	<b>642 €</b>
<b>Chirurgische daghospitalisatie</b>			
Verblijf (*)	- €	- €	- €
Globale honoraria of erelonen	8 €	92 €	<b>99 €</b>
Apotheek	3 €	15 €	<b>18 €</b>
Materiaal	52 €	11 €	<b>62 €</b>
Kamersupplementen	0 €	5 €	<b>5 €</b>
Anderen	0 €	4 €	<b>4 €</b>
<b>Totaal</b>	<b>63 €</b>	<b>127 €</b>	<b>190 €</b>
<b>Niet chirurgische daghospitalisatie</b>			
Verblijf	- €	0 €	<b>0 €</b>
Globale honoraria of erelonen	12 €	50 €	<b>63 €</b>
Apotheek	2 €	6 €	<b>8 €</b>
Materiaal	10 €	3 €	<b>13 €</b>
Kamersupplementen	0 €	4 €	<b>4 €</b>
Anderen	0 €	3 €	<b>3 €</b>
<b>Totaal</b>	<b>24 €</b>	<b>66 €</b>	<b>90 €</b>
<b>Oncologische daghospitalisatie</b>			
Verblijf	- €	0 €	<b>0 €</b>
Globale honoraria of erelonen	9 €	3 €	<b>12 €</b>
Apotheek	5 €	3 €	<b>7 €</b>
Materiaal	1 €	0 €	<b>1 €</b>
Kamersupplementen	0 €	2 €	<b>2 €</b>
Anderen	- €	1 €	<b>1 €</b>
<b>Totaal</b>	<b>14 €</b>	<b>9 €</b>	<b>23 €</b>

Het gemiddeld bedrag dat de patiënt moet betalen is 642 euro voor een klassiek verblijf in het ziekenhuis, inclusief 204 euro aan remgelden en 438 euro aan supplementen.

In het dagziekenhuis varieert de gemiddelde kostprijs van 23 euro voor een verblijf in een oncologisch dagziekenhuis tot 190 euro in een chirurgisch dagziekenhuis en 90 euro in een niet-chirurgisch dagziekenhuis.

Dit zijn de kosten per verblijf, niet de kosten per behandeling. De behandeling van bepaalde pathologieën vereist echter een opeenvolging van meerdere verblijven, met als gevolg een opeenstapeling van facturen waarmee de patiënt geconfronteerd wordt.

Deze gemiddelden verhullen aanzienlijke verschillen tussen de verblijven omdat:

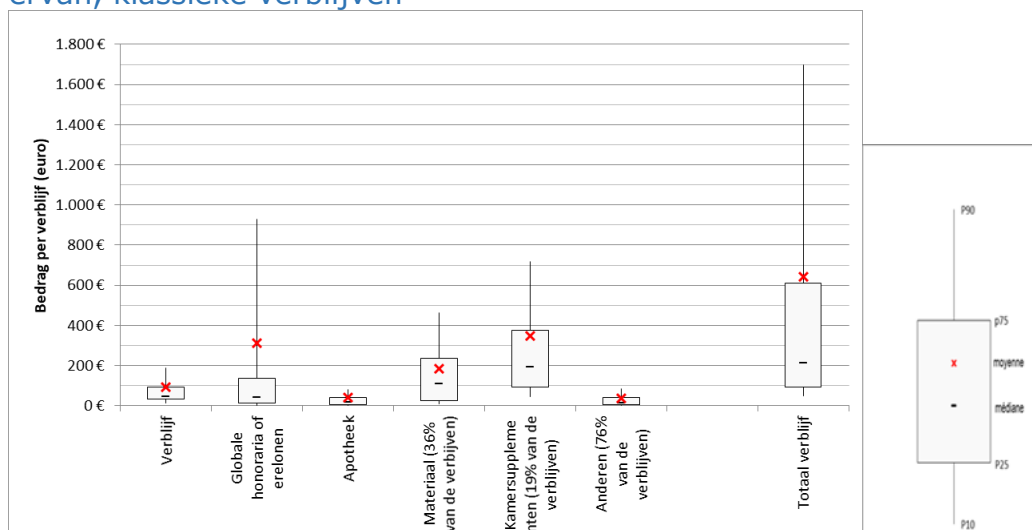
- bepaalde categorieën van prestaties slechts betrekking hebben op een deel van het verblijf (bijvoorbeeld supplementen voor een eenpersoonskamer, ereloon-supplementen, uitrusting,...);
- verschillende factoren een impact hebben op de factuur (pathologie / interventie, verblijfsduur, ziekenhuis, ...).

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

3.2.2. Verdeling van het door de patiënt te betalen bedrag naar verblijf en naar uitgavencategorie  
De resultaten worden gepresenteerd in de vorm van een Boxplot-grafiek, die in **bijlage 2** wordt toegelicht.

De totale rekening varieert aanzienlijk tussen de verblijven.

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



Voor een klassiek verblijf is de mediane factuur ongeveer 213 euro voor het mediaan verblijf, maar voor 1 verblijf op 10 bedraagt de factuur meer dan 1.699 euro.

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

De verdeling van de kosten voor de verschillende prestatie-categorieën wordt berekend voor de betrokken verblijven (bijvoorbeeld: de verdeling van de kamersupplement wordt berekend voor

verblijven in eenpersoonskamers). Het aandeel van deze verblijven (ten opzichte van het totaal aantal verblijven) wordt ter informatie in de grafiek vermeld.

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

- Voor de totale medische erelonen zijn deze verschillen veel groter, aangezien het percentiel 90, 928 euro bedraagt. Dat wil zeggen: 23 keer hoger dan de mediaan van 44 euro (effect van de ereloon-supplementen gebonden aan de keuze van de kamer-categorie).
- Hoewel kamersupplementen slechts in 1 op de 5 verblijven worden aangerekend, kunnen deze hoog zijn in het geval van een verblijf in een eenpersoonskamer. Ze bedragen meer dan 192 euro voor de helft van de verblijven in een eenpersoonskamer, en zelfs 720 euro voor 1 op de 10 van dit type verblijven. Het bedrag van het kamersupplement hangt af van de duur van het verblijf, het ziekenhuis en de keuze van de kamer binnen het ziekenhuis. Dit zijn vaste prijzen per dag, die de patiënt van tevoren kan vernemen. Deze prijzen variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis, en in sommige gevallen binnen een ziekenhuis. **De prijs varieert van 45 euro per dag voor een standaard privékamer in sommige ziekenhuizen tot 330 euro per dag voor een luxueuze suite in andere ziekenhuizen.** Informatie over het tarief per dag is beschikbaar, maar de patiënt weet van tevoren de verblijfsduur niet met zekerheid, vooral bij complexe gevallen.
- Ook de kosten van het materiaal worden voor 1 op de 3 klassieke verblijven op de factuur gezet, met bedragen die hoog kunnen oplopen: meer dan 464 euro voor 1 op de 10 betrokken verblijven.

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

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

Tabel 5.a: Aantal verblijven volgens het totale bedrag van de patiëntenfactuur.

Bedrag per verblijf	Aantal klassieke verblijven			Aantal daghospitalisatie		
	2018	2019	Evolutie 2018-2019	2018	2019	Evolutie 2018-2019
Totaal aantal	1.808.214	1.811.596	0%	2.014.977	2.090.995	4%
0 tot 1.000 €	1.496.465	1.491.740	0%	1.887.884	1.976.285	5%
1.000 tot 3.000 €	238.031	242.459	2%	40.963	44.212	8%
3.000 € tot 5.000 €.	47.121	49.830	6%	1.685	1.643	-2%
5.000 € tot 10.000 €.	19.493	20.118	3%	411	453	10%
10.000 € tot 30.000€	4.353	4.613	6%	19	23	21%
> 30.000 €	99	119	20%	0	0	

- **Voor 24.850 klassieke verblijven bedraagt de totale rekening van de patiënt meer dan 5.000 euro** en voor 119 verblijven meer dan 30.000 euro.
- Het aantal zeer hoge rekeningen bij **daghospitalisatie** is ook belangrijk, met **476 verblijven van meer dan 5.000 euro.**

Bedrag per jaar	Aantal patiënten (*)		
	2018	2019	Evolutie 2018-2019
Totaal aantal patiënten	<b>2.152.387</b>	<b>2.185.381</b>	2%
0 tot 1.000 €	<b>1.771.484</b>	<b>1.795.984</b>	1%
1.000 tot 3.000 €	<b>276.160</b>	<b>280.780</b>	2%
3.000 € tot 5.000 €	<b>54.426</b>	<b>57.362</b>	5%
5.000 € tot 10.000 €	<b>26.277</b>	<b>27.248</b>	4%
10.000 € tot 30.000 €	<b>7.616</b>	<b>8.017</b>	5%
> 30.000 €	<b>227</b>	<b>259</b>	14%

(\*) Cumulatie van alle verblijven (klassieke en/of daghospitalisatie) per patiënt tijdens het jaar.

- **259 patiënten kregen meer dan 30.000 euro gefactureerd voor hun totale ziekenhuisverblijven in 2019 (exclusief poliklinische kosten),**

Het aantal hoge facturen en het aantal patiënten die daarmee te maken krijgt, is gestegen ten opzichte van het voorgaande jaar.

Bepaalde kosten die aan de patiënt in rekening worden gebracht, houden rechtstreeks verband met het kamertype (kamersupplementen en ereloonsupplementen).

De keuze voor een gemeenschappelijke kamer vermijdt de supplementen voor de kamer en de supplementen die uit deze keuze kunnen voortvloeien. Bij 14,4% van de klassieke verblijven in een gemeenschappelijke kamer bedraagt de factuur voor de patiënt meer dan 500 euro, bij 0,4% van deze verblijven (d.w.z. 5.241 verblijven) zelfs meer dan 3.000 euro, en 8% van de dagverblijven in een gemeenschappelijke kamer bedraagt meer dan 200 euro.

Tabel 5.b : Percentage verblijven in een gemeenschappelijke kamer tot het bedrag ten laste van de patiënt

Bedrag ten laste van de patiënt	Percentage klassieke verblijven	Percentage daghospitalisaties
0 à 100 €	33,6%	85,3%
100 à 200 €	25,3%	6,4%
200 € à 500 €	26,7%	7,1%
500 € à 1.000 €	9,8%	0,7%
1.000 € à 3.000 €	4,3%	0,4%
> 3.000 €	0,4%	0,0%

Deze kosten worden beïnvloed door factoren die onafhankelijk zijn van de keuze van de patiënt, zoals de uit te voeren interventie. Dit wordt in het volgende punt besproken.

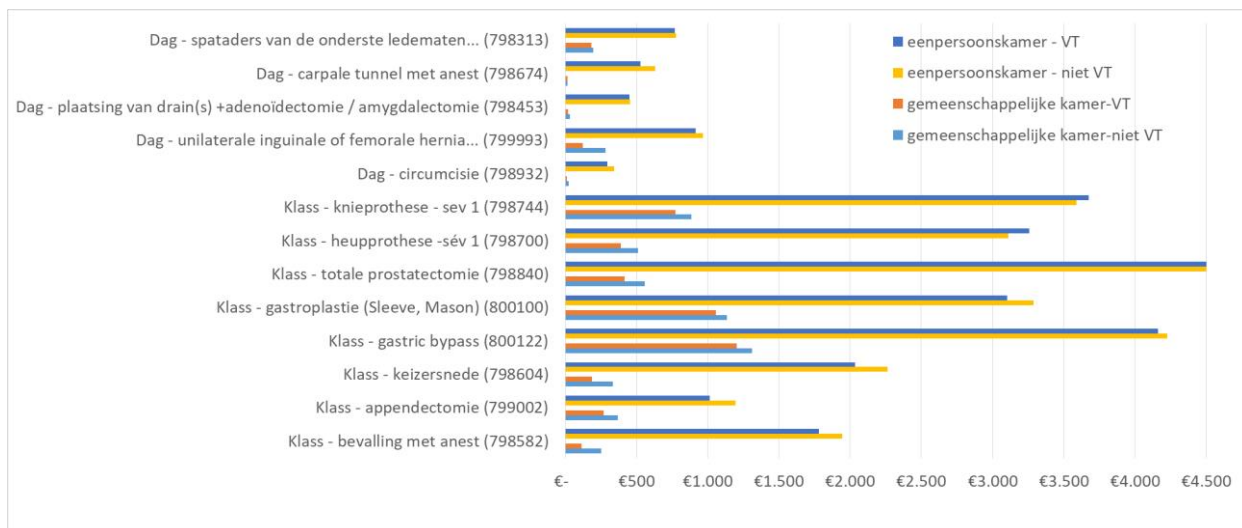
### 3.3. Verklarende factoren voor verschillen in de facturering van patiënten

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

Een vergelijking van de gemiddelde kosten van verschillende frequente ingrepen (groepen van verblijven met laagvariabele zorg in klassieke hospitalisatie enerzijds, en daghospitalisatie anderzijds), met een onderscheid naar kamertype en sociale status van de patiënt, levert het volgende op:

- de verschillen in kosten naar gelang de interventie
- de invloed van de keuze van het kamertype op de factuur van de patiënt
- verschillen tussen ziekenhuizen
- de invloed het sociaal statuut van de patiënt (al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming).

#### Grafiek 3: Gemiddelde kosten volgens sociale status en kamertype voor enkele groepen laagvariabele zorg



#### 3.3.1. De verschillen in kosten naar gelang de interventie

De gemiddelde factuur voor een gewone verzekerde (geen verhoogde tegemoetkoming (VT)) in een gemeenschappelijke kamer varieert van enkele tientallen euro's voor prestaties in daghospitalisatie zoals een besnijdenis, tot meer dan 1.300 euro voor een heupprothese in een klassieke hospitalisatie.

Deze gemiddelden zijn louter indicatief. De kosten kunnen verschillen naar gelang van de gebruikte materiaal, de moeilijkheden die zich tijdens de interventie voordoen, ...

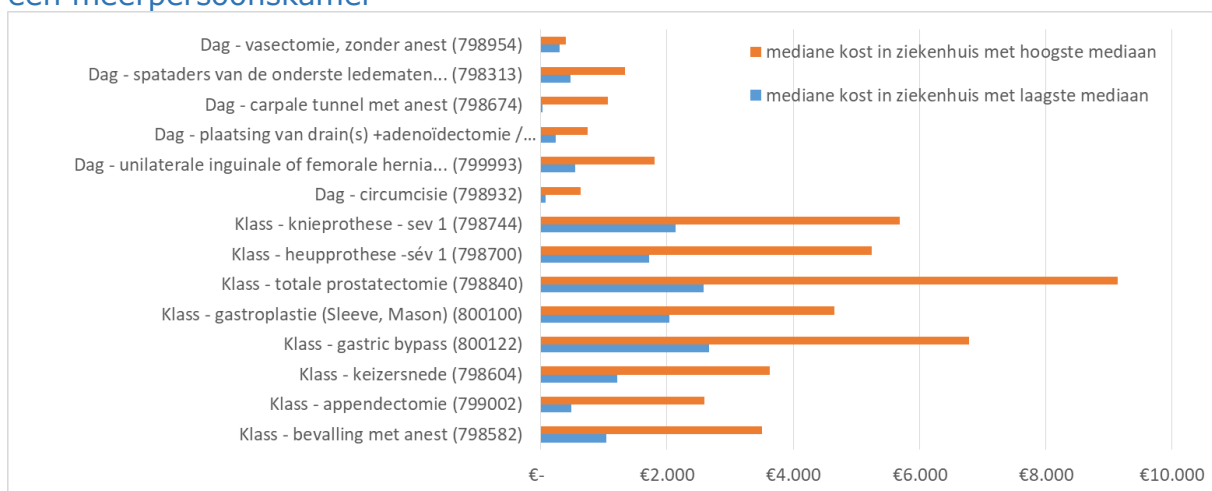
- De patiënt betaalt het remgeld voor het klassiek ziekenhuisverblijf. Het hangt af van de verblijfsduur. Patiënten die in het daghospitaal verblijven, betalen echter geen remgeld voor het verblijf.
- De erelonen in de gemeenschappelijke kamers hangen vooral af van het type interventie.
- Materiaal wordt alleen in rekening gebracht voor verblijven waarbij dit nodig is. De kosten van het materiaal kunnen aanzienlijk oplopen, zoals bij een gastric bypass (87% van de factuur).
- De impact van andere uitgaven (apotheek en andere) is beperkter voor de onderzochte interventies.

### 3.3.2. Verblijven met laagvariabele zorg en verschillen tussen ziekenhuizen

De invoering van een forfaitaire financiering van de honoraria voor verblijven met laagvariabele zorg voorkomt niet dat er tussen ziekenhuizen aanzienlijke kostenverschillen bestaan voor dezelfde ingreep in hetzelfde kamertype.

Zoals uit grafiek 4 blijkt, kunnen de mediane kosten in het ziekenhuis met de hoogste mediane kosten veel hoger zijn dan de mediane kosten in het ziekenhuis met de laagste mediane kosten, zelfs voor patiënten met dezelfde sociale status (gewoon verzekerd) die in een gemeenschappelijke kamer verblijven. Bij wijze van voorbeeld bedragen de mediane kosten in de extreme ziekenhuizen respectievelijk 11 euro en 217 euro voor een vasectomie zonder verdoving in een dagziekenhuis (forfait 798954) of 469 euro en 1.163 euro voor een knieprothese ernstgraad 1 (forfait 798744).

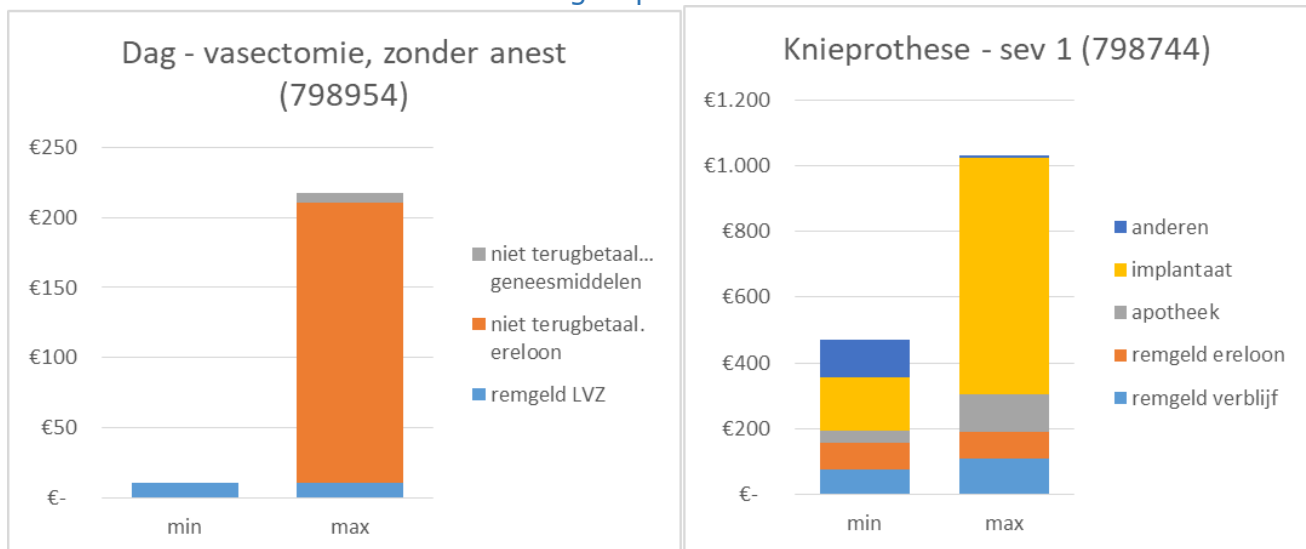
Grafiek 4: Mediaan kostenverschil per ziekenhuis, gewone verzekerde patiënt (geen VT) in een meerpersoonkamer



Verschillende posten op de factuur van de patiënt, zoals de kosten van implantaten, niet-terugbetaalbare honoraria, niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, enz. zullen waarschijnlijk een aanzienlijke invloed op de factuur hebben.

Een vergelijking van de extreme mediane kosten in het geval van een vasectomie of een knieprothese toont bij wijze van voorbeeld de impact van deze verschillende elementen aan.

Grafiek 5. Vergelijking van de kosten van 2 ingrepen, en vaststelling van kostenverschillen tussen ziekenhuizen voor eenzelfde ingreep



Een extra bedrag van 200 euro aan niet-vergoedbare erelonen verhoogt de mediane vasectomiefactuur in het "duurste" ziekenhuis in vergelijking met het "goedkoopste" ziekenhuis. In het geval van een knieprothese is het de veiligheidsmarge op het implantaat die het zwaarst weegt in de factuur en de verschillen tussen ziekenhuizen.

### 3.3.3. Impact van het Kamertype voor de patiëntenfactuur

#### Keuze van het type kamer

De 352.032 klassieke verblijven die in eenpersoonskamers werden gefactureerd, vertegenwoordigen 19% van de klassieke verblijven. Dit aandeel varieert naar gelang van verschillende factoren, zoals sociale status (7% voor de VT-patiënten tegenover 25% voor de gewone verzekerden), de interventie (meer dan 60% van de bevallingen, minder dan 20% van de appendectomieën...), het ziekenhuis (tussen 7% en 57% van de klassieke verblijven naar gelang van het ziekenhuis).

#### Gevolgen van de keuze van een bepaalde kamer voor de factuur van de patiënt

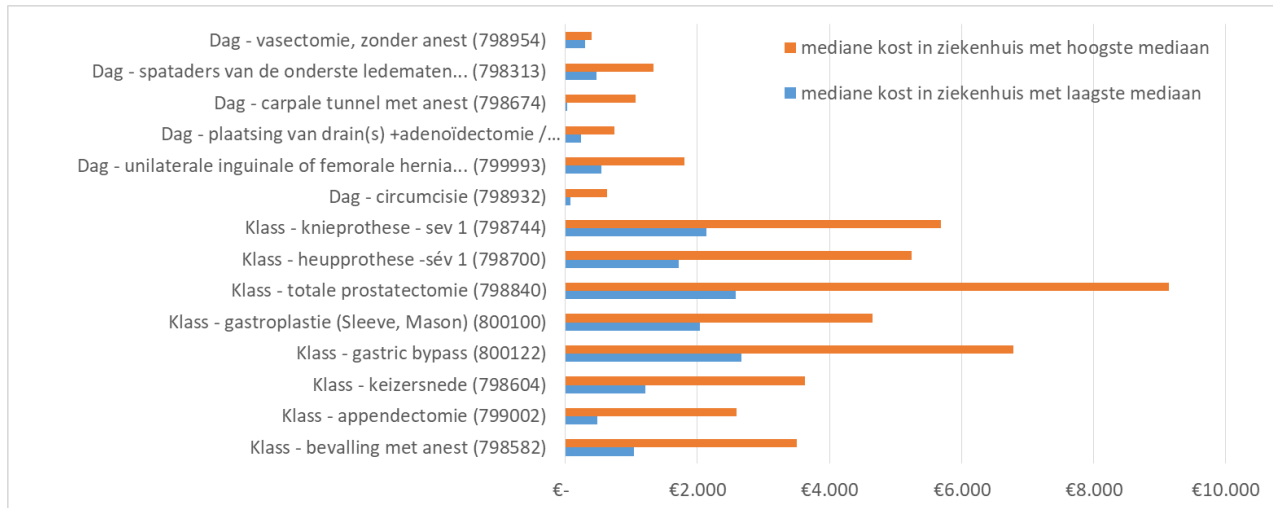
De keuze van een eenpersoonskamer en de daaruit voortvloeiende extra kosten doen de factuur voor de patiënt oplopen en maken de kloof tussen de ziekenhuizen groter.

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

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

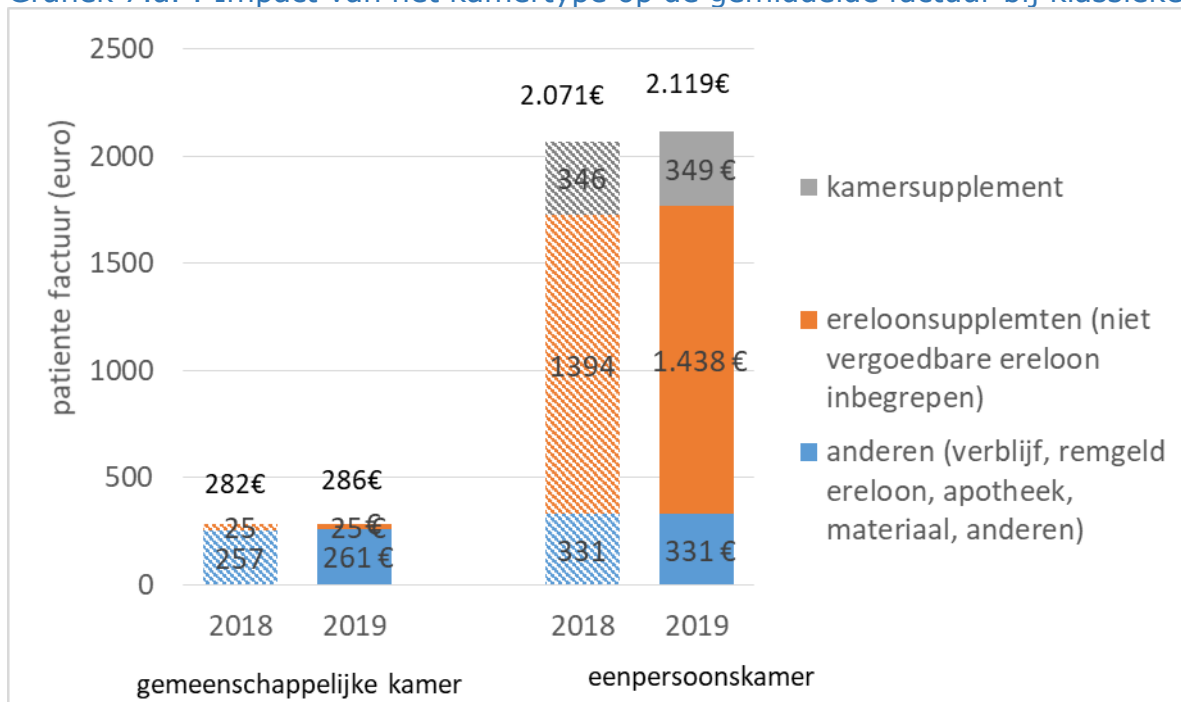


Grafiek 6: Mediaan kostenverschil per ziekenhuis, gewone verzekerde patiënt (geen VT) in eenpersoonskamer



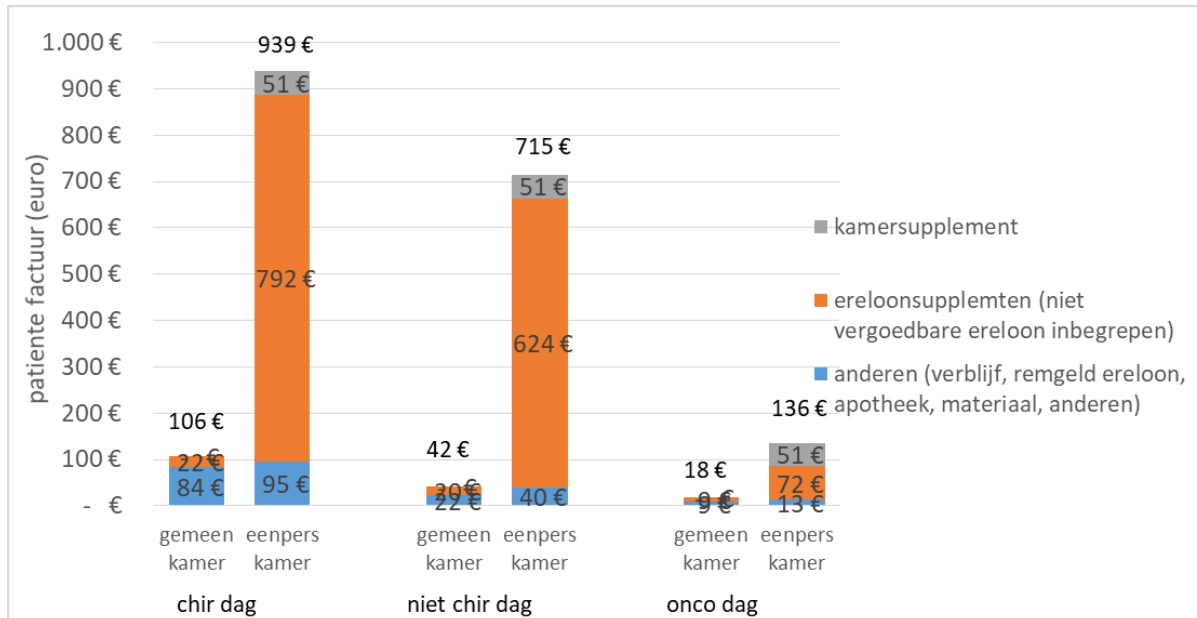
De **gemiddelde** kostprijs van een klassiek verblijf in een eenpersoonskamer, alle interventies samen, bedraagt 2.119 euro, dat is 7 keer meer dan de 286 euro in een andere kamer.

Grafiek 7.a. : Impact van het kamertype op de gemiddelde factuur bij klassieke verblijven



Bij een klassiek verblijf zijn de meerkosten van een eenpersoonskamer het gevolg van de kamersupplementen (gemiddeld 349 euro), maar vooral van de ereloonsupplementen van gemiddeld 1.438 euro (grafiek 5), d.w.z. 4 keer meer dan de kamersupplementen.

### Grafiek 7.b : Impact van het kamertype op de gemiddelde factuur bij daghospitalisatie

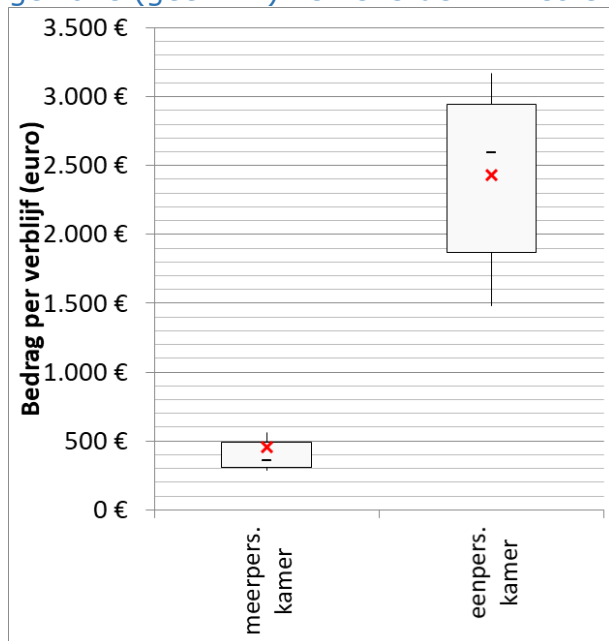


Bij daghospitalisatie zijn de extra kosten die voortvloeien uit de ereloonsupplementen ook ruimschoots hoger dan die van de kamersupplementen indien voor een eenpersoonskamer wordt gekozen.

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

De ereloonsupplementen zijn afhankelijk van het prijsbeleid van het ziekenhuis (% toegepaste ereloonsupplementen) en van de geleverde prestaties (variëren afhankelijk van de pathologie, maar ook van elke individuele patiënt, bijvoorbeeld bij complicaties, meervoudige pathologieën, enz.). Er zijn aanzienlijke verschillen naargelang de interventie, het ziekenhuis, maar ook tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis voor dezelfde interventie.

Grafiek 8: Verdeling van de kosten ten laste van de patiënt voor een appendectomie, voor gewone (geen VT) verzekerden in hetzelfde ziekenhuis, in hetzelfde kamertype

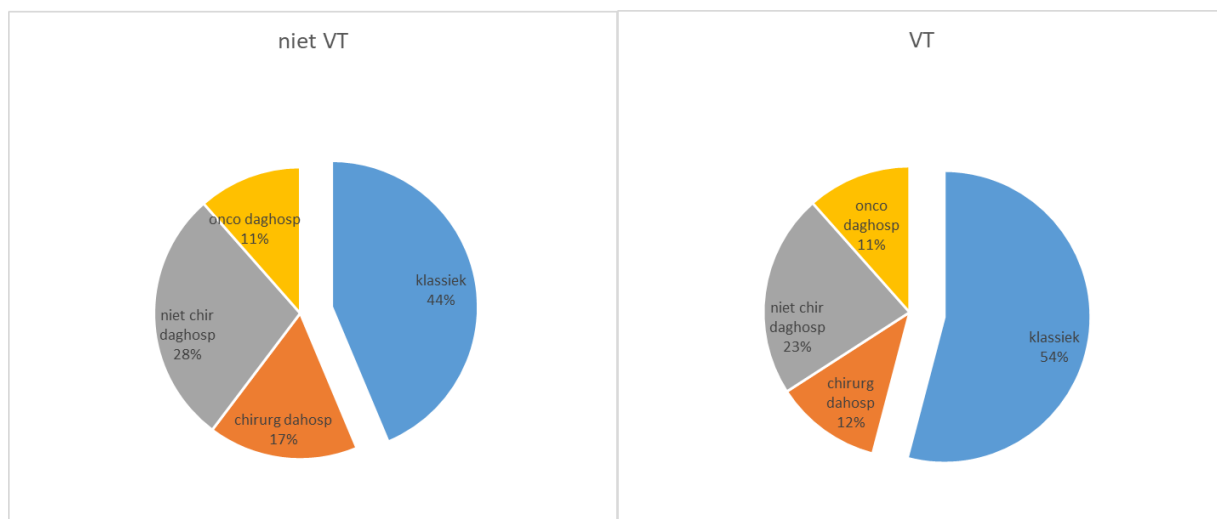


### 3.3.4. Impact van het sociaal status (VT / geen VT) op de patiëntenfactuur

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

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

Grafiek 9: Verdeling van het aantal opnames volgens sociale status en type verblijf, 2019.



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

#### Patiëntenfactuur volgens sociale status

Aangezien de tussenkomst van de ziekteverzekering hoger is voor de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming voor vele prestaties (verblijfskosten, honoraria, geneesmiddelen, ... maar geen implantaten), is hun rekening gemiddeld lager dan die van andere patiënten, of zij nu in een gemeenschappelijke of in een eenpersoonskamer verblijven.

Voor dezelfde groep verblijven betalen VT-patiënten gemiddeld iets minder dan andere patiënten wanneer zij in een gemeenschappelijke kamer verblijven. De rekening kan echter hoog oplopen voor bepaalde interventies, vooral wanneer materiaal zoals een implantaat wordt gebruikt (gastric bypass (gemiddeld 1.205 €), knieprothese (gemiddeld 775 €)...).

**Wanneer een begunstigde van de verhoogde tegemoetkoming voor een eenpersoonskamer kiest, zal zijn factuur evenveel stijgen als voor een gewone verzekerde** (meer dan 4.500 euro voor een prostatectomie, 3.677 euro voor een heupprothese, enz.)

## 4 ALGEMENE BEVINDINGEN

De analyse van kosten ten laste van de patiënt, in geval van klassieke of daghospitalisatie, leidt tot de volgende conclusies: de kosten voor de patiënt tijdens een ziekenhuisopname kunnen zeer hoog zijn en vertonen een grote heterogeniteit tussen ziekenhuizen en tussen verblijven in hetzelfde ziekenhuis, ook voor dezelfde routineprocedure (met laagvariabele zorg) in hetzelfde kamertype.

### Belangrijkste bevindingen:

#### *Hoog totaalbedrag ten laste van de patiënt*

- In 2019 betaalden **de gehospitaliseerde patiënten in totaal 1,38 miljard euro** (exclusief eventuele ambulante kosten). Een derde van dit bedrag komt overeen met de remgelden, **twee derde zijn supplementen** (waarvan de meeste verband houden met een eenpersoonskamer) inclusief niet-terugbetaalbare kosten.

#### *Hoge honorariumsupplementen*

- **44% van het totale bedrag van 1,38 miljard euro dat aan patiënten in rekening wordt gebracht (610 miljoen euro)** zijn medische ereloon-supplementen. Hun groei tussen 2018 en 2019 (+3,8%) is hoger dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de honorariumtoeslagen over de periode 2015-2017 (3%) en hoger dan de 2,6% stijging van de officiële honoraria en de stijging van de remgelden met 1,8% (2018-2019).
- Het is niet het aantal verblijven met ereloon-supplement dat stijgt (2014-2019), maar het gemiddelde bedrag van de ereloon-supplementen voor de betrokken verblijven.
- In 2019 werd 23% van de totale ereloon-supplementen (140 miljoen euro van de 610 miljoen euro) in rekening gebracht voor verblijven met laagvariabele zorg.

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

- Voor 11.224 verblijven (klassieke en daghospitalisatie) geldt een toeslag van meer dan 5.000 euro.
- **De totale patiëntenfactuur bedroeg meer dan 5.000 euro voor 24.850 klassieke verblijven en 476 verblijven in daghospitalisatie in 2019.** Voor 8.286 patiënten liep de rekening op tot meer dan 10.000 euro. 259 patiënten onder hen betaalden meer dan 30.000 euro voor al hun ziekenhuisverblijven samen (exclusief poliklinische prestaties en andere gezondheidsgerelateerde uitgaven).

#### *Geval van eenpersoonskamer*

- Voor één klassiek verblijf op vijf kiest de patiënt voor een eenpersoonskamer. De gemiddelde kosten voor de patiënt zijn **7,4 keer hoger voor klassieke verblijven in een eenpersoonskamer** dan voor andere klassieke verblijven. De financiële gevolgen van de keuze voor een eenpersoonskamer zijn nog groter bij daghospitalisatie.

- De patiënt kiest het kamertype en wordt uiterlijk bij opname op de hoogte gebracht van de dagprijs voor een eenpersoonskamer. Aan de andere kant heeft de patiënt geen precieze informatie over de hoogte van de ereloon-supplementen, die bovendien zeer variabel zijn..

*Ook in een gemeenschappelijke kamer lopen patiënten het risico geconfronteerd te worden met een hoge factuur.*

- *Voor 14,4 % van de klassieke verblijven bedraagt de factuur meer dan 500 €. De gemiddelde kosten bedragen enkele tientallen euro's voor een besnijdenis, maar lopen op tot meer dan 1.100 € voor gastroplastie.*

*Heterogeniteit van de kosten volgens verschillende factoren*

- De kosten van het verblijf variëren afhankelijk van **het type interventie**.
- Er zijn grote **kostenverschillen tussen ziekenhuizen**, ook voor verblijven met een laagvariabele zorg (het kostenverschil tussen ziekenhuizen is bijvoorbeeld een factor 20 voor een vasectomie in een dagziekenhuis of 2,5 voor een knieprothese).
- **VT-patiënten profiteren** van een betere tussenkomst van de ziekteverzekering voor de meeste kosten (verblijf, honoraria, ...) maar niet voor de implantaten. Hun rekening is dus aanzienlijk lager dan die van andere verzekerden. Maar hun rekening **stijgt** echter **evenveel als die van andere verzekerden als** zij voor een **eenpersoonskamer** kiezen.

### **Opmerkingen en aanbevelingen.**

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

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

De patiënt moet door de zorgverleners vooraf wettelijk worden geïnformeerd over de financiële gevolgen van zijn verblijf in het ziekenhuis.

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

In dit verband bevatten de websites van sommige ziekenfondsen informatie over de patiëntenkosten per ziekenhuis, voor een aantal frequente ingrepen, afhankelijk van kamertype en terugbetalingsstatuut.

## 5 BIJLAGEN - TABELLEN - GRAFIEKEN

Bijlage 1: Wat is een boxplot? \_\_\_\_\_ 24

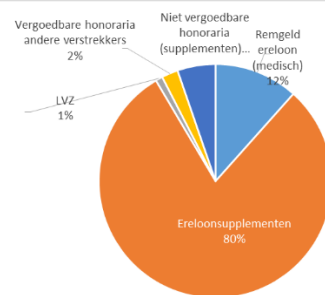
Bijlage 2: Tabellen \_\_\_\_\_ 25

### 1.1 Bijlage 1: Definitie van de uitgavencategorieën

#### **Globaal ereloon :**

De globale erelonen bevatten de vergoedbare medische honoraria, maar ook vergoedbare honoraria van andere verstrekkers (tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen, logopedisten, bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens) en niet-vergoedbare honoraria<sup>3</sup> (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). De vergoedbare medische honoraria en supplementen erop vormen het grootste deel van de globale honoraria. *Forfaitaire vergoedingen voor verblijven met laagvariabele zorg zijn ook in de totale vergoedingen begrepen.*

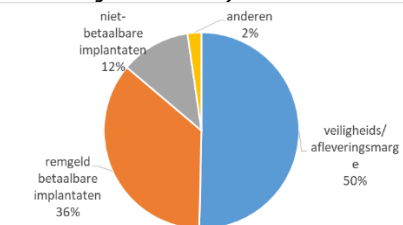
#### *Ten laste van de patiënt (764 miljoen euro)*



#### Materiaal

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

#### *Ten laste van de patiënt (174 miljoen euro)*



#### Verblijf

Dit zijn het bedrag per opname en het bedrag per dag voor klassieke verblijven en het chirurgisch dagziekenhuis, evenals forfaits voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis (forfaits 1 t / m 7, oncologie, chronische pijn) (Totaal: 887 miljoen euro). Deze bedragen zijn voornamelijk bedoeld om hotel- en zorgkosten te dekken. De eigen bijdrage wordt alleen gefactureerd voor klassieke verblijven (Totaal: € 165 miljoen). Ze variëren afhankelijk van het sociaal statuut van de patiënt en de verblijfsduur.

#### Kamer supplementen

Dit zijn dagelijkse toeslagen (code 761633 en 761644) die in rekening worden gebracht aan de patiënt die ervoor kiest om in een eenpersoonskamer te verblijven. Dit bedrag wordt vrij vastgesteld

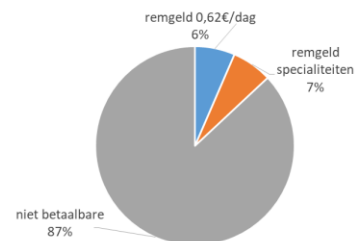
<sup>3</sup> Bijvoorbeeld niet-terugbetaalbare klinische biologische verstrekkingen.

door het ziekenhuis en is evenredig met de verblijfsduur. Het kan aanzienlijk verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis of binnen hetzelfde ziekenhuis

### Apotheek

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

### *Ten laste van de patiënt (€ 94 miljoen)*



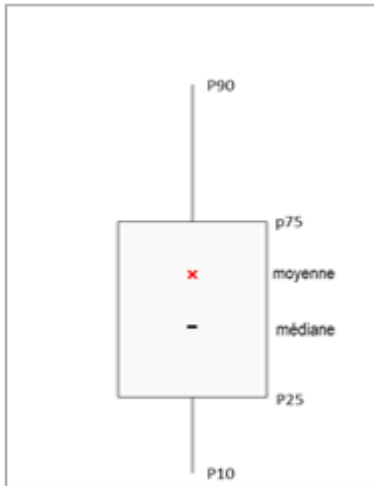
### **Andere**

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



## Bijlage 2: Wat is een boxplot?

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



De grafisch weergegeven parameters zijn :

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

Bijlage 3: Totaalbedrag per type verblijf 2019

	Ziv terugbetaling (miljoen €) (1)	Remgeld (miljoen €) (2)	Supplementen (miljoen €) (3)	Totaal patiënt (miljoen €) (2+3)
<b>Klassieke verblijven</b>				
Verblijf (*)	401,7	164,9	0,1	<b>164,9</b>
Globale honoraria of erelonen	2.519,2	90,1	544,0	<b>634,2</b>
Apotheek	484,0	6,2	65,8	<b>72,0</b>
Materiaal	608,5	109,9	13,0	<b>122,9</b>
Kamersupplementen	0,0	0,2	123,4	<b>123,6</b>
Anderen	23,4	0,0	49,2	<b>49,3</b>
<b>Totaal</b>	<b>4.036,6</b>	<b>371,3</b>	<b>795,7</b>	<b>1.166,9</b>
<b>Chirurgische daghospitalisatie</b>				
Verblijf (*)	84,8	0,0	0,0	<b>0,0</b>
Globale honoraria of erelonen	322,8	4,7	54,9	<b>59,5</b>
Apotheek	18,2	1,9	9,2	<b>11,1</b>
Materiaal	41,8	30,9	6,4	<b>37,3</b>
Kamersupplementen	0,0	0,0	3,1	<b>3,1</b>
Anderen	0,5	0,0	2,6	<b>2,6</b>
<b>Totaal</b>	<b>468,1</b>	<b>37,5</b>	<b>76,1</b>	<b>113,6</b>
<b>Niet chirurgische daghospitalisatie</b>				
Verblijf	175,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
Globale honoraria of erelonen	343,9	12,7	52,7	<b>65,4</b>
Apotheek	93,5	2,1	6,1	<b>8,1</b>
Materiaal	35,0	10,2	3,3	<b>13,5</b>
Kamersupplementen	0,0	0,0	3,7	<b>3,7</b>
Anderen	0,6	0,0	2,7	<b>2,7</b>
<b>Totaal</b>	<b>648,0</b>	<b>24,9</b>	<b>68,5</b>	<b>93,4</b>
<b>Oncologische daghospitalisatie</b>				
Verblijf	60,6	0,0	0,0	<b>0,0</b>
Globale honoraria of erelonen	66,1	3,9	1,4	<b>5,3</b>
Apotheek	764,7	2,1	1,1	<b>3,3</b>
Materiaal	1,6	0,4	0,0	<b>0,5</b>
Kamersupplementen	0,0	0,0	1,1	<b>1,1</b>
Anderen	0,0	0,0	0,3	<b>0,3</b>
<b>Totaal</b>	<b>893,1</b>	<b>6,4</b>	<b>4,0</b>	<b>10,4</b>

(\*) Dit bedrag omvat niet de twaalfden, d.w.z. 80% van de financiering van het verblijf die maandelijks aan de ziekenhuizen worden betaald.