



Inventaris van aan patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten

Gegevens 2024

2025

Auteurs: Françoise De Wolf, Mieke Dolphens, Wies Kestens, Bernard Landtmeters,
Jérôme Vrancken, Nathan Wittock



IMA • AIM
Intermutualistisch Agentschap



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 2024
Publicatiedatum:	19 januari 2026
Redactie en vertaling:	Erik Roelants
Aanbevolen referentie:	De Wolf, Françoise; Dolphens, Mieke; Kestens, Wies ; Landtmeters, Bernard, Vrancken, Jérôme ; Wittock Nathan (2025), Inventaris van aan patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten (Gegevens 2024), 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.....	4
2. Methodologie.....	5
2.1. Gegevens	5
2.2. Beperkingen.....	7
3. Resultaten	8
3.1. Globale gegevens en evoluties	8
3.2. Factuur ten laste van de patiënt per individueel verblijf	12
4. Conclusie	18
4.1. Voornaamste vaststellingen	18
4.2. Belangrijkste resultaten.....	18
4.3. Opmerkingen en aanbevelingen.....	20
Referenties.....	22
Bijlagen	23
Bijlage 1. Methodologische aspecten	23
Bijlage 2: Details naargelang het type daghospitalisatie	26
Bijlage 3: Supplementen voor eenpersoonskamer.....	29

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 Belgische algemene en universitaire ziekenhuizen werd in 2024 in totaal 1,60 miljard euro remgeld, supplementen en niet-vergoedbare betalingen gefactureerd aan patiënten tijdens klassieke hospitalisaties en daghospitalisaties. Bijna driekwart van dit bedrag, namelijk 1,22 miljard euro, betrof supplementen en niet-vergoedbare bedragen¹. Dit zijn bedragen die uitgesloten zijn van de 'vangnetten' in het Belgisch gezondheidszorgsysteem met name de maximumfactuur (MAF) en de verhoogde tegemoetkoming².

Meer dan de helft (57%) van het bedrag ten laste van de patiënt is een direct gevolg van de keuze voor een eenpersoonskamer. Dit percentage is gestegen.

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

- Er blijft een reëel risico bestaan dat patiënten worden geconfronteerd **met zeer hoge facturen**, vooral als gevolg van supplementen en niet-vergoedbare

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

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

bedragen. In 2024 werden patiënten meer dan 3.000 euro aangerekend bij bijna 105.000 verblijven (bijna 100.000 klassieke en 5.000 daghospitalisaties). Voor bijna 7.500 verblijven bedroeg de factuur meer dan 10.000 euro. **De kostprijs voor de patiënt ligt hoger dan 1.000 euro voor bijna 80.000 daghospitalisaties.** Hoewel de (extreem) hoge facturen vooral verband houden met verblijven in eenpersoonkamers, kunnen **de kosten voor de patiënt ook hoog oplopen in meerpersoonkamers**, bijvoorbeeld vanwege de kosten voor implantaten.

- Patiënten worden geconfronteerd met **onzekerheid** over de te verwachten eigen uitgaven. Zoals de vorige Barometers hebben aangetoond, varieert de kost ten laste van de patiënt tussen en binnen ziekenhuizen, zelfs voor eenzelfde interventie en in een meerpersoonkamer. 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 eenpersoonkamer, **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 voeden 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

De financiële toegankelijkheid van de zorg is een van de hoekstenen van ons gezondheidssysteem.

Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een probleem in België, met name bij de laagste inkomensgroepen.

Met een grote variabiliteit in de factuur van de patiënt, die kan oplopen tot enkele tienduizenden euro's, en de toename van het aantal zeer hoge facturen, bestaat er een reëel risico dat de patiënt noodzakelijke zorg achterwege laat. Patiënten kunnen ook geconfronteerd worden met andere kosten (ambulante zorg, enz.) die buiten het kader van deze analyse vallen.

De opvallende groei van de patiëntenfactuur bij verblijven in een eenpersoonskamer is het gevolg van een stijging van de ereloonsupplementen. Om de groei van de ereloonsupplementen af te remmen en als tussenstap naar een wettelijke begrenzing van de aanrekenbare ereloonsupplementen, werd in mei 2022 het maximumpercentage van ereloonsupplementen op ziekenhuisniveau bevroren³.

1.2. Doelstelling

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

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

Koninklijk besluit van 20 juli 2022 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten; Koninklijk besluit van 11 juli 2023 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard het addendum van 28 april 2023 aan de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten



2. Methodologie

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

2.1. Gegevens

De geanalyseerde gegevens hebben betrekking op alle facturatiegegevens van ziekenhuisopnames in algemene acute (inclusief universitaire) ziekenhuizen van 2018 tot 2024, gefactureerd aan de ziekenfondsen in de betreffende kalenderjaren of de eerste twee kwartalen van het daaropvolgende jaar. Voor analyses betreffende medische ereloonsupplementen wordt teruggegrepen naar historische gegevens tot 2006.

De bedragen worden uitgedrukt in nominale waarden (geldende prijzen). Hun evolutie moet daarom worden getoetst aan de gezondheidsindex: +3,3% van 2023 tot 2024⁴.

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 dagziekenhuis⁵.

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

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

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

De ereloonsupplementen en de niet-vergoedbare prestaties zijn minder gereguleerd dan de remgelden, en zijn uitgesloten van financiële beschermingsmechanismen zoals de MAF.

⁴ De gezondheidsindex (basisjaar 2013) voor de jaren 2018:107,35; 2021: 112,21; 2022: 122,59; 2023: 127,90, 2024: 132,10. Berekening op basis van de gegevens van Statbel: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/consumptieprijsindex/gezondheidsindex>

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

2.2. Beperkingen

De bedragen die niet op de patiëntenfactuur staan, waaronder het vaste gedeelte van het Budget van Financiële Middelen (BFM)⁶ dat vereffend wordt aan de ziekenhuizen via twaalfden, maken geen deel uit van deze gegevensanalyse.

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

Gegevens met betrekking tot ziekenhuisopnames van personen zonder recht op ZIV-terugbetalingen, zijn niet gevat in deze analyses.

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.

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



3. Resultaten

De voorgestelde resultaten:

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

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

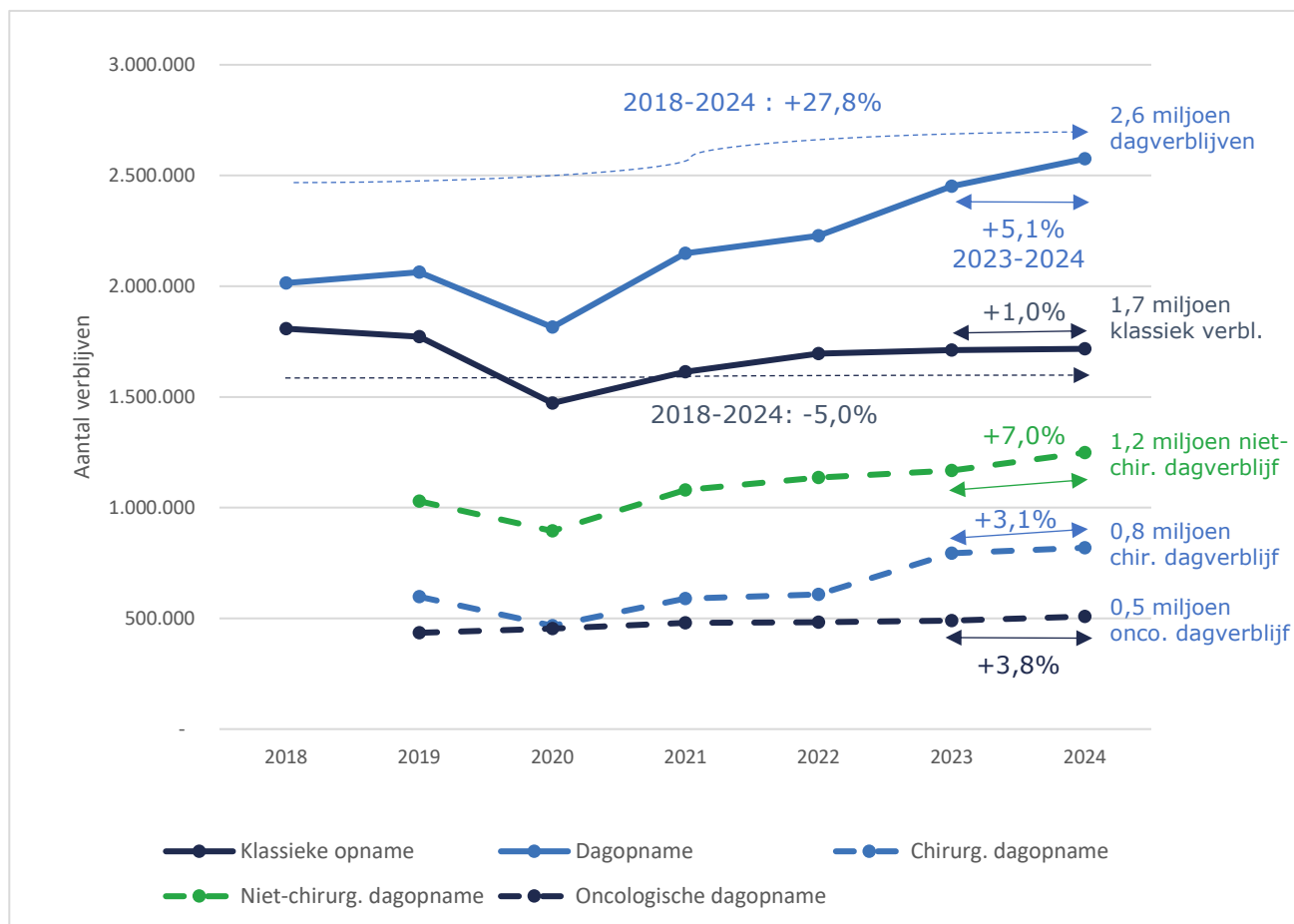
3.1. Globale gegevens en evoluties

3.1.1. Context

Evolutie van het aantal verblijven

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

Grafiek 1: Aantal ziekenhuisverblijven per type verblijf



- De evolutie van de ziekenhuisactiviteit tussen 2018 en 2024 wordt gekenmerkt door een stijging van het aantal daghospitalisaties.
- Op lange termijn neemt het aantal klassieke opnames af, ondanks een lichte stijging na de sterke daling in 2020 als gevolg van de maatregelen in het kader van de COVID-19-pandemie.
- De gemiddelde duur van het verblijf neemt af voor de klassieke opnames (cf. health.belgium.be).

3.1.2. Totaal aan het ZIV en aan patiënten gefactureerde bedragen

In 2024 werd in totaal 1,6 miljard euro gefactureerd aan patiënten voor ziekenhuisopnames.

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

3.1.3. Totale macrobedragen

Tabel 1: evolutie van het totaalbedrag gefactureerd aan de ZIV⁷ en aan de patiënt, per type verblijf, alle kamertypes samen, 2018-2023-2024

	(miljoen euro)			(%)	
	2018	2023	2024	2024/2023	2024/2018
Alle verblijven					
ZIV-tussenkost^(*)	5.758,5	7.204,1	7.610,8	5,6%	32,2%
Remgeld	438,9	448,5	455,2	1,5%	3,7%
Supplementen	563,0	696,6	760,0	9,1%	35,0%
Niet-vergoedbaar	346,8	364,7	382,4	4,8%	10,3%
Totaal patiënt	1.348,7	1.509,8	1.597,7	5,8%	18,5%
Klassieke hospitalisaties					
ZIV-tussenkost^(*)	3.963,1	4.225,0	4.381,9	3,7%	10,6%
Remgeld	372,5	368,5	371,6	0,8%	-0,2%
Supplementen	476,0	571,2	622,4	9,0%	30,8%
Niet-vergoedbaar	293,3	286,3	300,3	4,9%	2,4%
Totaal patiënt	1.141,8	1.226,1	1.294,3	5,6%	13,4%
Daghospitalisatie					
ZIV-tussenkost^(*)	1.795,4	2.979,1	3.228,9	8,4%	79,8%
Remgeld	66,4	79,95	83,6	4,6%	26,0%
Supplementen	87,0	125,4	137,6	9,8%	58,2%
Niet-vergoedbaar	53,5	78,4	82,1	4,7%	53,4%
Totaal patiënt	206,9	283,7	303,4	6,9%	46,6%

(*) Het bedrag van de ZIV-tussenkost houdt geen rekening met de bedragen die niet gefactureerd worden, zoals de twaalfden van de BFM.

[Detail daghospitalisatie](#): bijlage 2

Het bedrag dat aan patiënten werd gefactureerd, steeg van 1.509,8 miljoen euro in 2023 naar 1.597,7 miljoen euro in 2024, een groei van 5,8%.

81% van het totale patiëntbedrag is afkomstig van klassieke verblijven (1.294,3 miljoen euro / 1.597,7 miljoen euro).

De ereloonsupplementen en de niet-vergoedbare prestaties vertegenwoordigen bijna driekwart van de bedragen ten laste van de patiënt, maar worden niet afgedekt door

⁷ Exclusief het gedeelte van de BFM dat uitgekeerd wordt in twaalfden.

de financiële beschermingsmechanismen van de patiënt (MAF, verhoogde tegemoetkoming). Dit aandeel stijgt ieder jaar (67% in 2018, 70% in 2023, 72% in 2024).

De sterke stijging van de ZIV-uitgaven voor dagopnames is te verklaren door de uitbreiding van de daghospitalisatie.

3.1.4. Uitsplitsing per type uitgave

Tabel 2. Totale aan patiënten gefactureerde bedragen per type verblijf en per type uitgave in 2024

Miljoen euro	2023				2024				2023-2024
	Rem-geld	Ereloon-suppl.	Niet-ver-goedbaar	Totaal patiënt	Rem-geld	Ereloon-suppl.	Niet-ver-goedbaar	Totaal patiënt	Totaal patiënt
Alle verblijven									
Verblijf	167,9		0,0	167,9	169,5		0,0	169,5	0,9%
Ereloon	106,3	696,6	58,4	861,4	107,5	760,0	57,6	925,1	7,4%
Apotheek	12,1		84,7	96,8	11,9		88,0	99,9	3,2%
Materiaal	162,2		26,7	188,9	166,3		28,0	194,3	2,9%
Kamer	0,0		132,8	132,8	0,0		144,2	144,2	8,6%
Andere	0,0		62,1	62,1	0,0		65,1	65,1	4,8%
Klassieke hospitalisaties									
Verblijf	167,9		0,0	167,9	169,5		0,0	169,5	0,9%
Ereloon	84,7	571,2	32,9	688,9	84,8	622,4	32,5	739,7	7,4%
Apotheek	5,3		63,8	69,1	4,9		65,3	70,3	1,7%
Materiaal	110,6		13,8	124,4	112,4		13,7	126,2	1,4%
Kamer	0,0		122,4	122,4	0,0		132,9	132,9	8,6%
Andere	0,0		53,4	53,4	0,0		55,8	55,8	4,4%
Daghospitalisaties									
Verblijf	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Ereloon	21,6	125,4	25,5	172,5	22,7	137,6	25,1	185,4	7,5%
Apotheek	6,9		20,9	27,8	7,0		22,6	29,6	6,7%
Materiaal	51,5		12,9	64,4	53,9		14,2	68,1	5,7%
Kamer	0,0		10,4	10,4	0,0		11,3	11,3	8,8%
Andere	0,0		8,6	8,6	0,0		9,2	9,2	7,3%

[Detail daghospitalisatie: bijlage 2](#)

Meer dan de helft (57%) van het bedrag ten laste van de patiënt is rechtstreeks toe te schrijven aan de keuze voor een eenpersoonskamer (ereloonsupplementen + kamersupplementen). Aangezien dit de uitgavenposten zijn die het sterkst stijgen, neemt dit aandeel toe (53% in 2018, 55% in 2023, 57% in 2024), terwijl het aandeel verblijven in een eenpersoonskamer niet toeneemt (cf. [IMA Atlas](#)).

In 2024 betaalden patiënten **925,1 miljoen euro aan erelonen** tijdens ziekenhuisverblijven, wat:

- **58% van het totale bedrag is ten laste van de patiënt** (1,6 miljard euro);
- **7,4% meer is dan in 2023.**

Van dit bedrag heeft 817,6 miljoen euro (88%) betrekking op ereloonsupplementen en niet-terugbetaalbare honoraria. De resterende 107,5 miljoen euro is remgeld.

Voor meer informatie over de supplementen op terugbetaalbare medische honoraria, zie: *Monitoring ereloonsupplementen bij een ziekenhuisverblijf*.

De uitgaven voor kamersupplementen (uitsluitend voor eenpersoonskamers) zijn in 2024 met 8,6% gestegen, voornamelijk door een stijging van 6,7% van het gemiddelde tarief van een eenpersoonskamer (cf. Bijlage 3).

3.2. Factuur ten laste van de patiënt per individueel verblijf

Het bedrag van de patiëntenfactuur bij een ziekenhuisverblijf varieert sterk.

Deze gemiddelde factuur maskeert aanzienlijke verschillen, zelfs voor eenzelfde type verblijf in eenzelfde kamercategorie.

Zo overschrijdt de patiëntenfactuur 1.065 euro voor 5% van de klassieke verblijven in een meerpersoonskamer en 216 euro voor 5% van de daghospitalisaties in een meerpersoonskamer.

Tabel 3. Aantal verblijven naargelang het aan de patiënt gefactureerde bedrag

Bedrag ten laste van patiënt	Aantal klassieke verblijven			Bedrag ten laste van patiënt	Aantal daghospitalisaties		
	2018	2023	2024		2018	2023	2024
<€100	469.399	416.849	418.886	<€100	1.538.038	1.956.017	2.063.252
€100 - €250	505.612	471.729	463.358	€100 - €250	239.436	288.956	298.240
€250 - €500	291.132	304.826	309.068	€250 - €500	59.226	72.414	72.685
€500 - €1.000	203.323	195.729	194.644	€500 - €1.000	51.184	62.766	60.608
€1.000 - €3.000	238.031	233.486	231.727	€1.000 - €3.000	40.963	67.051	75.472
€3.000 - €5.000	47.120	58.269	63.871	€3.000 - €5.000	1.685	3.139	3.880
€5.000 - €10.000	19.492	24.723	28.491	€5.000 - €10.000	411	935	1.146
€10.000 - €30.000	4.353	5.939	7.134	> €10.000	19	63	114
> €30.000	99	145	179				

Het aantal verblijven met een zeer hoge factuur blijft stijgen: meer dan 3.000 euro voor bijna 100.000 klassieke verblijven en bijna 5.000 daghospitalisaties in 2024, een stijging van respectievelijk 40% en 140% ten opzichte van 2018. De patiëntenfactuur bedraagt in 2024 voor meer dan 80.000 daghospitalisaties minimaal 1.000 euro.

In sommige gevallen kan de rekening voor de patiënt extreem hoog zijn. Het bedrag kan een reële drempel vormen voor toegankelijkheid, **zelfs in een meerpersoonskamer**.

Verschillende factoren verklaren de verschillen tussen het bedrag ten laste van de patiënt.

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

De belangrijkste elementen die het bedrag van de patiëntenfactuur bepalen, zijn:

- Het **kamertype**: als er voor een eenpersoonskamer wordt gekozen, kunnen er kamersupplementen en ereloon-supplementen aangerekend worden.
- Het **type verblijf**: klassiek / dag.

- De **ingreep/pathologie**: de voorgaande barometers gaven de gemiddelde uitgaven voor bepaalde ingrepen en de variatie tussen en binnen de ziekenhuizen weer. Deze cijfers zijn ook beschikbaar in de IMA Atlas⁸.
- Het **ziekenhuis**: het bedrag van de patiëntenfactuur varieert naargelang van het ziekenhuis, vooral voor een verblijf in een eenpersoonkamer.
- Het **sociaal statuut van de patiënt** (VT/niet-VT): patiënten die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming genieten van lager remgeld voor de meeste vergoedbare diensten, maar niet voor implantaten of niet-vergoedbare prestaties.
- **Andere**: patiëntgerelateerde factoren (meerdere pathologieën, complicaties enz.), of individuele keuzes van de patiënt (comfortsupplementen) ...

3.2.2. Variatie in het bedrag van de patiëntenfactuur naargelang het type kamer en type verblijf

Tabel 4. Distributie en evolutie van het bedrag ten laste van de patiënt per type verblijf en type kamer

Type kamer	Gemiddeld (in euro)				Distributie 2024 (in euro)				
	2019	2023	2024	2024/ 2023	P5	P25	P50	P75	P95
Klassieke hospitalisatie									
Meerpersoons	€ 286	€ 321	€ 323	0,6%	€ 21	€ 87	€ 181	€ 366	€ 1.065
Eenpersoons	€ 2.119	€ 2.619	€ 2.778	6,1%	€ 405	€ 1.291	€ 2.137	€ 3.388	€ 7.314
Daghospitalisatie									
Meerpersoons	€ 55	€ 60	€ 61	1,0%	€ 1	€ 7	€ 20	€ 48	€ 216
Eenpersoons	€ 722	€ 826	€ 917	11,0%	€ 12	€ 248	€ 777	€ 1.321	€ 2.376

Detail daghospitalisatie

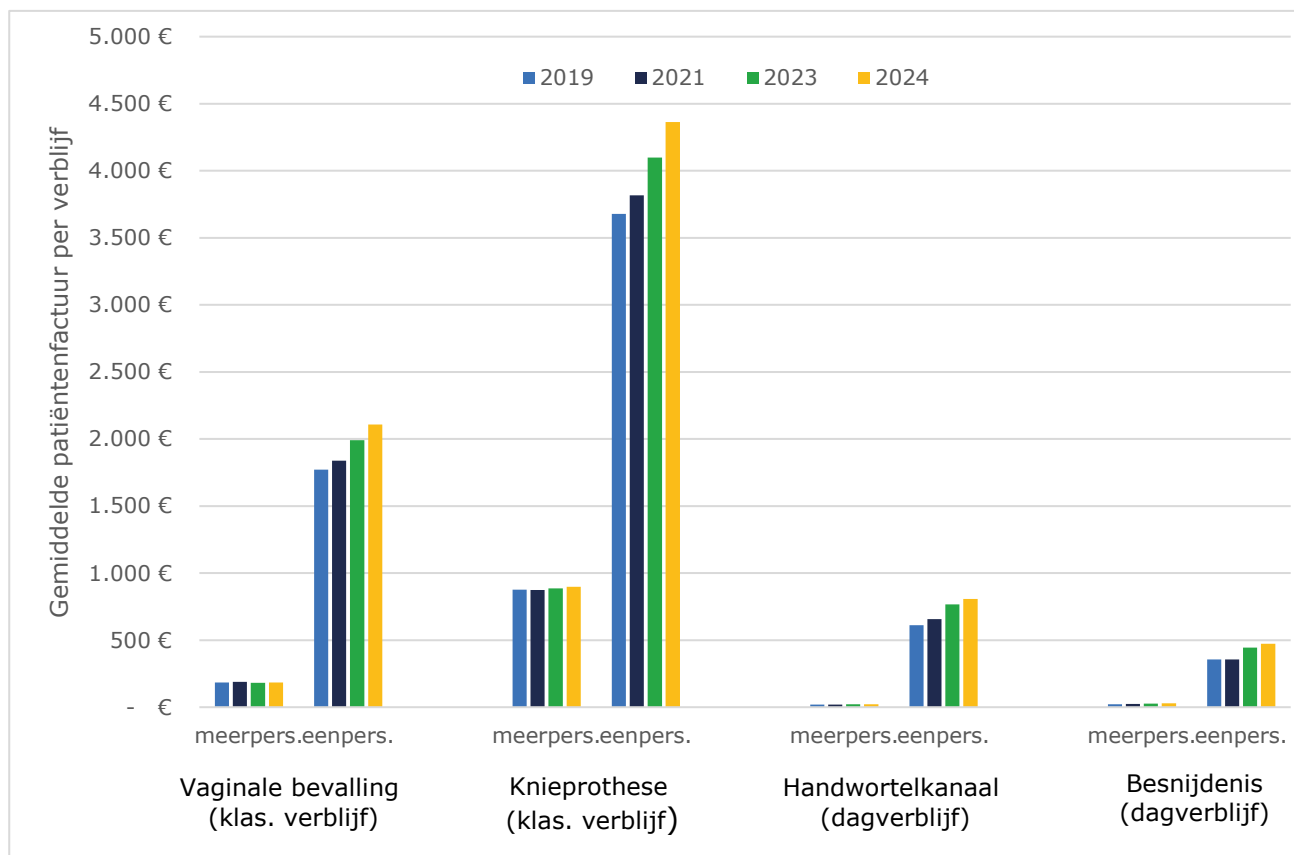
Voor klassieke hospitalisaties ligt het bedrag ten laste van de patiënt gemiddeld meer bijna 8 keer hoger in een eenpersoonkamer dan in een meerpersoonkamer.

De patiëntenfactuur stijgt sneller in een eenpersoonkamer dan in een meerpersoonkamer.

⁸ <https://atlas.ima-aim.be> > Financiële toegankelijkheid > Ziekenhuiskosten patiënten

3.2.3. Verschillen naargelang het type interventie

Grafiek 2

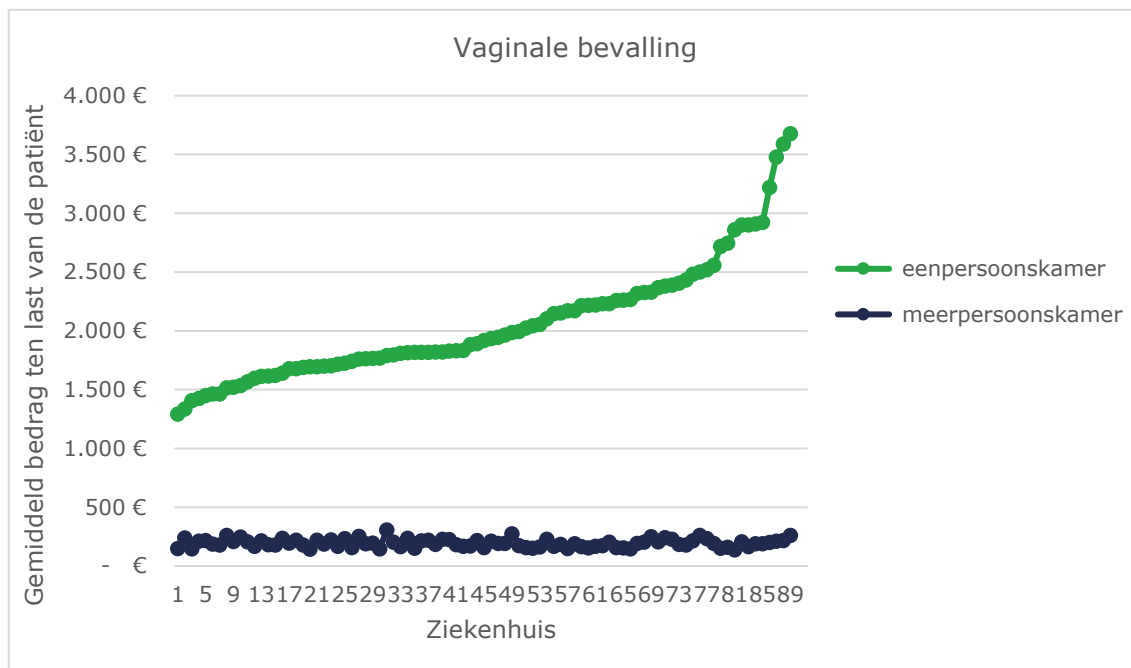


[IMA Atlas](#)

3.2.4. Verschillen tussen de ziekenhuizen

De gemiddelde patiëntenfactuur varieert sterk naargelang het ziekenhuis.

Grafiek 3: vergelijking tussen de ziekenhuizen voor de gemiddelde factuur voor een vaginale bevalling, per kamertype



Bron: [IMA Atlas](#)

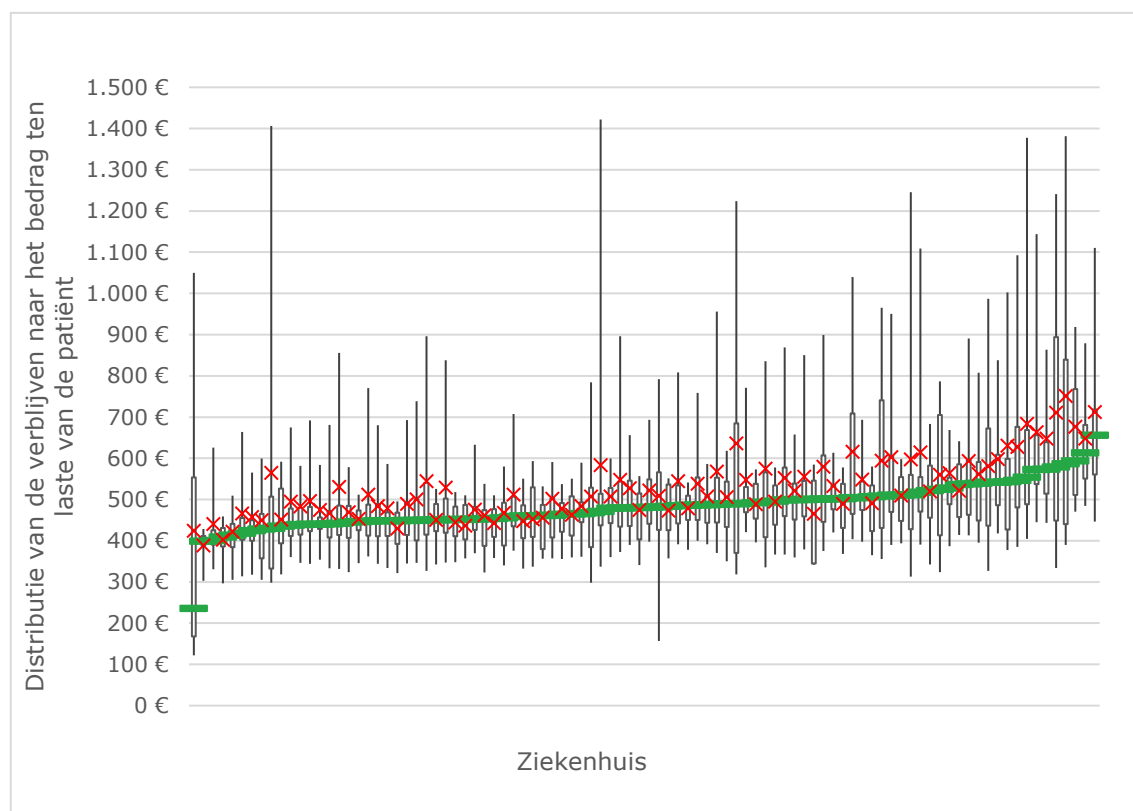
Details per ziekenhuis: [IMA Atlas](#)

Voor een bevalling die valt onder een verblijf met lage variabiliteit, varieert de gemiddelde factuur per ziekenhuis van 137 euro tot 305 euro (meer dan het dubbele) in een meerpersoonskamer, en van 1.291 euro tot 3.675 euro (drie keer zoveel) in een eenpersoonskamer.

3.2.5. Andere factoren

De distributie van het bedrag van de patiëntenfactuur voor een verblijf in een meerpersoonskamer binnen hetzelfde ziekenhuis toont grote variaties, zelfs voor eenzelfde pathologie die valt onder de verblijven met lage variabiliteit.

Grafiek 4: distributie binnen elk ziekenhuis van het bedrag van de patiëntenfactuur voor een heupprothese tijdens een klassiek verblijf in een meerpersoonskamer



Het mediane bedrag van de patiëntenfactuur voor een heupprothese die valt onder verblijven met lage variabiliteit, bij een klassieke opname, varieert per ziekenhuis van 236 euro tot 656 euro. Dit bedrag kan echter oplopen tot meer dan 1.400 euro, vooral bij een langdurig verblijf of wanneer duur, niet-vergoedbaar materiaal wordt gebruikt.



4. Conclusie

4.1. Voornaamste vaststellingen

Een analyse van de bedragen die in 2024 aan patiënten werden gefactureerd bij een klassieke opname of daghospitalisatie leidt tot de volgende conclusies.

- Het **bedrag dat aan de patiënt gefactureerd wordt, varieert sterk** van verblijf tot verblijf. Het kan erg hoog oplopen. Het **risico om geconfronteerd te worden met zeer hoge facturen** blijft stijgen.
- Gemiddeld zijn de aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in eenpersoonskamers gestegen.

4.2. Belangrijkste resultaten

Financiële toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg staat onder druk

Globaal betaalden de patiënten voor hun ziekenhuisverblijf in totaal 1,6 miljard euro , waarvan:

- 455 miljoen remgeld;
- 1,15 miljard aan supplementen en niet-vergoedbare bedragen (72% van het totaal), waarvan 760 miljoen aan supplementen op vergoedbare medische erelonen.

Bijna driekwart (72%) van dit bedrag, namelijk **supplementen en niet-vergoedbare betalingen**, zijn **uitgesloten van financiële beschermingsmechanismen** van de verplichte ziekteverzekering⁹. Dit percentage blijft verder stijgen (van 67% in 2018 tot 72% in 2024).

Meer dan de helft van het bedrag ten laste van de patiënt is een direct gevolg van de keuze voor een eenpersoonkamer (ereloonsupplementen en tarief voor eenpersoonkamers).

De totale massa ereloonsupplementen, evenals de kamersupplementen, zijn in 2024 sterk gestegen, in vergelijking met 2023.

De evolutie van andere niet-vergoedbare bedragen verdient evenzeer bijzondere aandacht.

De remgelden, die wel in aanmerking komen voor de verschillende financiële beschermingsmechanismen, lopen op tot 455 miljoen euro.

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

De patiëntenfactuur overschreed 3.000 euro bij bijna 100.000 klassieke verblijven en meer dan 5.100 daghospitalisaties in 2024.

- **Deze factuur bedraagt meer dan 1.000 euro voor meer dan 1 op de 10 verblijven.**
- Ook op meerpersoonkamers kan het aan de patiënt gefactureerde bedrag hoog oplopen, ook bij daghospitalisatie, bv. door de kost van implantaten¹⁰.

Hoge ereloonsupplementen

- De **ereloonsupplementen op medische vergoedbare erelonen (760 miljoen euro) vertegenwoordigen bijna de helft (48%)** van het totale bedrag dat gefactureerd wordt aan de patiënt.

⁹ Tot deze financiële beschermingsmechanismen behoren met name de verhoogde tegemoetkoming (VT) en de maximumfactuur (MAF).

¹⁰ Meer uitleg https://ima-aim.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2020_-_nl.pdf, p.33

4.3. Opmerkingen en aanbevelingen

Nood aan informatie op maat van de patiënt

- Voor de opname heeft de patiënt weinig informatie over de kostprijs van zijn of haar ziekenhuisverblijf. Bovendien kan het bedrag van zijn rekening sterk variëren om factoren waarop de patiënt geen invloed heeft. De patiënt heeft dus geen tariefzekerheid en ondertekent in feite een blanco cheque bij opname in het ziekenhuis. **Er is nood aan meer transparantie omtrent de absolute bedragen.**
- **Het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage is slechts weinig informatief over de aan de patiënt gefactureerde ereloonsupplementen:**
 - de patiënten kennen vooraf niet het bedrag op basis waarvan deze ereloonsupplementen bekend worden;
 - het bedrag van de (ereloon)supplementen is niet begrensd;
 - bepaalde ziekenhuizen introduceren verschillende uitzonderingen met betrekking tot de toepassing van het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage (voor bepaalde disciplines, bepaalde prestaties, uitzonderingen met toestemming enz.);
 - de aan de verzekeringsinstellingen gecommuniceerde informatie met betrekking tot het maximaal aanrekenbare ereloonsupplementpercentage is niet steeds identiek aan de informatie op ziekenhuiswebsites/opnameverklaringen, en kan ieder moment binnen bepaalde contouren aangepast worden.
- De patiënt moet door de zorgverleners vooraf wettelijk worden geïnformeerd over de financiële gevolgen van zijn verblijf in het ziekenhuis. Ook al vermelden sommige ziekenhuizen op hun website een indicatief bedrag voor bepaalde interventies, de informatie is soms onvoldoende, niet actueel of zelfs onbestaand. **Het verstrekken van een kostenraming voor routinematige ingrepen door het ziekenhuis vóór de opname** zou het mogelijk maken de patiënt beter te informeren over de te verwachten kosten van de hospitalisatie. Een onderscheid naar kamertype en sociaal statuut is essentieel.

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

Versterking van de financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid

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

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

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

Nood aan uitgebreide transparantie

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

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

Bij gebrek aan informatie over medische pathologie/diagnose is het niet mogelijk om de analyse te verfijnen.

Referenties

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

Bijlagen

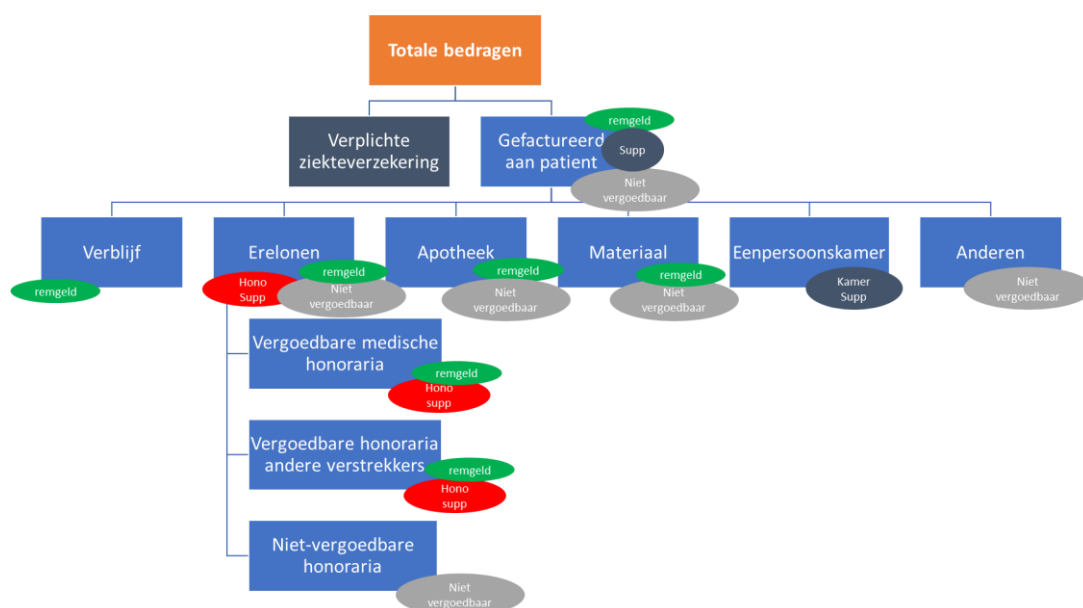
Bijlage 1. Methodologische aspecten

A. Remgeld / niet vergoedbare prestaties

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

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

B. Structuur van de verschillende uitgavencategorieën



Het **verblijf** omvat het bedrag per opname en het bedrag per ligdag¹¹ voor klassieke verblijven en het chirurgisch dagziekenhuis, evenals forfaits voor niet-chirurgische daghospitalisatie (forfaits 1 tot en met 7, chronische pijn) en forfaits voor oncologisch dagziekenhuis. Deze bedragen zijn voornamelijk bedoeld om mee de hotel- en zorgkosten te dekken. De twaalfden die maandelijks aan de ziekenhuizen worden uitbetaald onder andere voor de financiering van ziekenhuisverpleging voor klassieke en chirurgisch dagziekenhuisverblijven zijn in de cijfers niet opgenomen. Bij de verblijfskosten is er alleen bij klassieke opnames een remgeldgedeelte ten laste van de patiënt. Ze variëren afhankelijk van het sociaal statuut van de patiënt en de verblijfsduur.

Het **ereloon** omvat de **vergoedbare medische honoraria**, maar ook **vergoedbare honoraria van andere verstrekkers** (tandartsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, logopedisten, bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiiciens), eventuele **ereloonsupplementen** en **niet-vergoedbare honoraria** (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). De vergoedbare medische honoraria en ereloonsupplementen erop vormen het grootste deel van de globale honoraria. Forfaitaire vergoedingen voor verblijven met laagvariabele zorg zijn ook in de totale vergoedingen begrepen.

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 eenpersoonkamer te verblijven. Dit bedrag wordt vrij vastgesteld door elk ziekenhuis.

De uitgavecategorie '**apotheek**' omvat terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare (ten laste van de patiënt) farmaceutische specialiteiten en andere farmaceutische diensten.

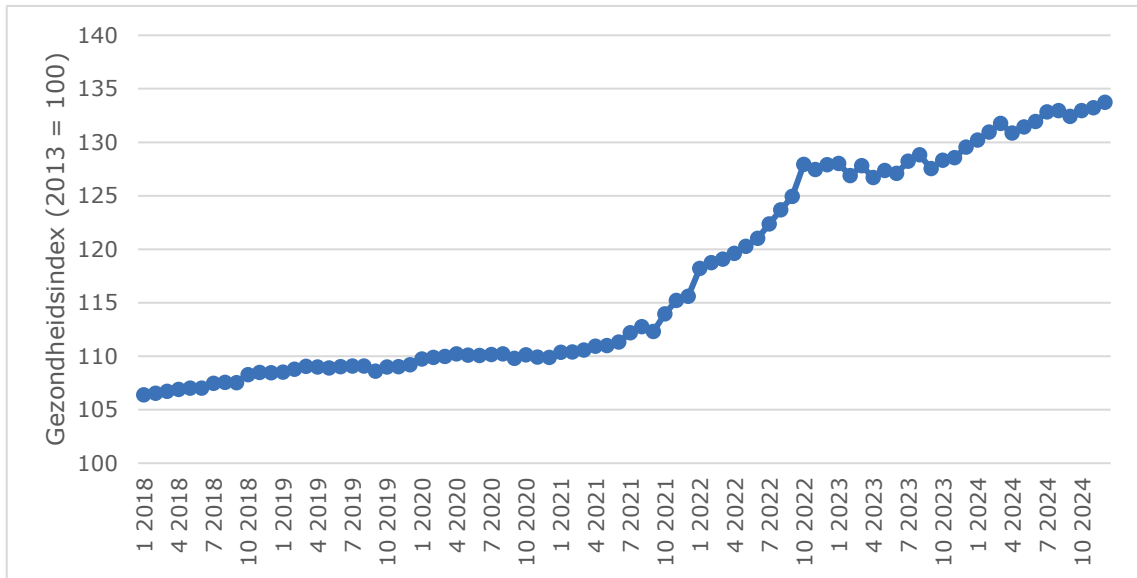
De categorie '**andere**' omvatten hoofdzakelijk andere diverse kosten voor de patiënt bij een ziekenhuisopname, zoals kamercomfort, eten en drinken, of een bed voor een begeleidend persoon. Daarnaast vallen ook bijvoorbeeld niet-vergoedbare hygiëneproducten onder deze categorie.

¹¹ Twaalfden van het BFM zijn niet meegenomen in de analyses.

C. Evolutie van de prijsindex

In de analyses worden de bedragen uitgedrukt in courante prijzen. Hun evolutie moet worden vergeleken met de evolutie van de gezondheidsindex en men moet rekening houden met het feit dat de indexering gebeurt volgens modaliteiten en termijnen die verschillen per sector.

Grafiek 5: Evolutie gezondheidsindex



Bron: [Statbel](#)

Bijlage 2: Details naargelang het type daghospitalisatie

Tabel 5: evolutie van het totaalbedrag gefactureerd aan de ZIV¹² en aan de patiënt, per type verblijf, alle kamertypes samen, 2018-2023-2024

	(miljoen euro)			(%)	
	2021	2023	2024	2024/2023	2024/2021
Chirurgische daghospitalisatie					
ZIV-tussenkost	486,9	718,3	769,6	7,1%	58,1%
Remgeld	37,1	49,4	51,3	3,8%	38,3%
Supplementen	49,4	72,7	79,5	9,4%	60,8%
Niet-vergoedbaar	33,7	47,9	50,3	5,0%	49,3%
Totaal patiënt	120,2	169,9	181,1	6,5%	50,6%
Niet-chirurgische daghospitalisatie					
ZIV-tussenkost	727,4	830,6	917,5	10,5%	26,1%
Remgeld	28,0	24,0	25,8	7,5%	-7,7%
Supplementen	51,7	50,8	56,2	10,6%	8,7%
Niet-vergoedbaar	28,0	27,5	28,7	4,7%	2,7%
Totaal patiënt	107,7	102,3	110,8	8,3%	2,9%
Oncologische daghospitalisatie					
ZIV-tussenkost	1.169,4	1.430,2	1.541,8	7,8%	31,8%
Remgeld	6,8	6,5	6,5	0,1%	-4,4%
Supplementen	1,2	1,9	1,9	0,1%	56,2%
Niet-vergoedbaar	2,8	3,1	3,1	0,0%	11,6%
Totaal patiënt	10,8	11,5	11,5	0,1%	6,7%

¹² Exclusief het gedeelte van de BFM dat uitgekeerd wordt in twaalfden.

Tabel 6. Totale aan patiënten gefactureerde bedragen per type verblijf en per type uitgave in 2024

Miljoen euro	2023				2024				2023-2024
	Rem-geld	Ereloon-suppl.	Niet-ver-goedbaar	Totaal patiënt	Rem-geld	Ereloon-suppl.	Niet-ver-goedbaar	Totaal patiënt	Totaal patiënt
Chirurgische daghospitalisatie									
Verblijf	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Ereloon	5,8	72,7	14,3	92,7	6,0	79,5	13,9	99,4	7,3%
Apotheek	2,6		13,9	16,4	2,6		14,7	17,2	5,0%
Materiaal	41,1		10,0	51,0	42,7		11,0	53,7	5,2%
Kamer	0,0		4,7	4,7	0,0		5,1	5,1	8,8%
Andere	0,0		5,1	5,1	0,0		5,5	5,5	8,8%
Niet-chirurgische daghospitalisatie									
Verblijf	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Ereloon	11,8	50,8	10,9	73,5	12,8	56,2	10,7	79,6	8,3%
Apotheek	2,2		6,0	8,2	2,4		6,5	8,9	8,4%
Materiaal	10,0		2,9	12,9	10,7		3,2	13,9	8,1%
Kamer	0,0		4,5	4,5	0,0		4,9	4,9	10,4%
Andere	0,0		3,2	3,2	0,0		3,4	3,4	5,9%
Oncologische daghospitalisatie									
Verblijf	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Ereloon	4,0	1,9	0,4	6,3	4,0	1,9	0,5	6,4	1,6%
Apotheek	2,0		1,1	3,1	2,1		1,4	3,5	12,7%
Materiaal	0,5		0,0	0,5	0,5		0,0	0,5	-2,3%
Kamer	0,0		1,2	1,2	0,0		1,3	1,3	3,4%
Andere	0,0		0,3	0,3	0,0		0,3	0,3	-0,8%

Tabel 7. Distributie en evolutie van het bedrag ten laste van de patiënt per type verblijf en type kamer

Type kamer	Gemiddeld (in euro)				Distributie 2024 (in euro)				
	2019	2023	2024	2024/ 2023	P5	P25	P50	P75	P95
Chirurgische daghospitalisatie									
Meerpersoons	€ 106	€ 116	€ 119	2,3%	€ 2	€ 19	€ 48	€ 193	€ 326
Eenpersoons	€ 939	€ 1.111	€ 1.200	8,0%	€ 91	€ 617	€ 1.025	€ 1.615	€ 2.741
Niet-chirurgische daghospitalisatie									
Meerpersoons	€ 42	€ 41	€ 42	0,7%	€ 1	€ 6	€ 16	€ 39	€ 119
Eenpersoons	€ 715	€ 844	€ 941	11,5%	€ 37	€ 397	€ 844	€ 1.291	€ 2.195
Oncologische daghospitalisatie									
Meerpersoons	€ 18	€ 17	€ 18	2,6%	€ 1	€ 7	€ 12	€ 22	€ 40
Eenpersoons	€ 136	€ 117	€ 125	7,5%	€ 6	€ 17	€ 108	€ 205	€ 315

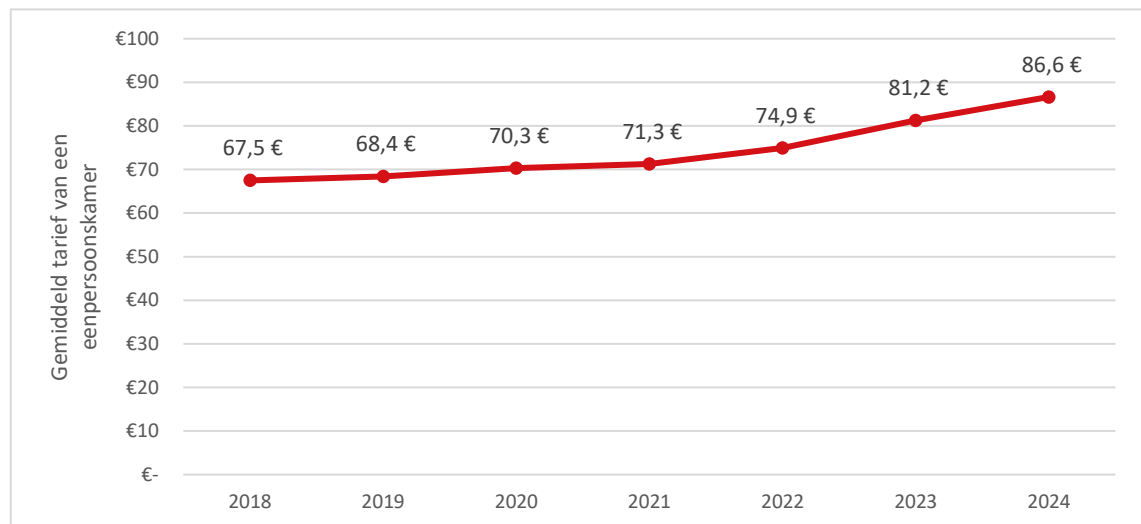
Bijlage 3: Supplementen voor eenpersoonskamer

Wanneer de patiënt kiest voor een verblijf in een eenpersoonskamer, kan het ziekenhuis een bedrag aanrekenen aan de patiënt, afhankelijk van het vastgestelde kamertarief en de verblijfsduur.

De groei van de uitgaven voor eenpersoonskamers is het gevolg van de evolutie:

- ✓ van het **aantal dagen** met facturatie voor een eenpersoonskamer;
- ✓ van het **gemiddelde tarief** voor eenpersoonskamers (+6,7% van 2023 tot 2024).

Grafiek 6: Evolutie van het gemiddelde tarief¹³ van een eenpersoonskamer (bij een klassieke opname)



Het gemiddelde tarief van de eenpersoonskamer hangt af van:

- het tarief van de eenpersoonskamers:
 - het tarief voor standaardkamers met één bed varieert van €49 tot €199 per dag voor een klassiek verblijf;
 - een luxesuite kan oplopen tot €360 per dag;
- de verhouding van dagen in de verschillende categorieën van eenpersoonskamers.

¹³ Het gemiddelde tarief van de eenpersoonskamer is de verhouding tussen het totale bedrag aan kamersupplementen en het aantal dagen waarvoor een kamersupplement werd aangerekend.