

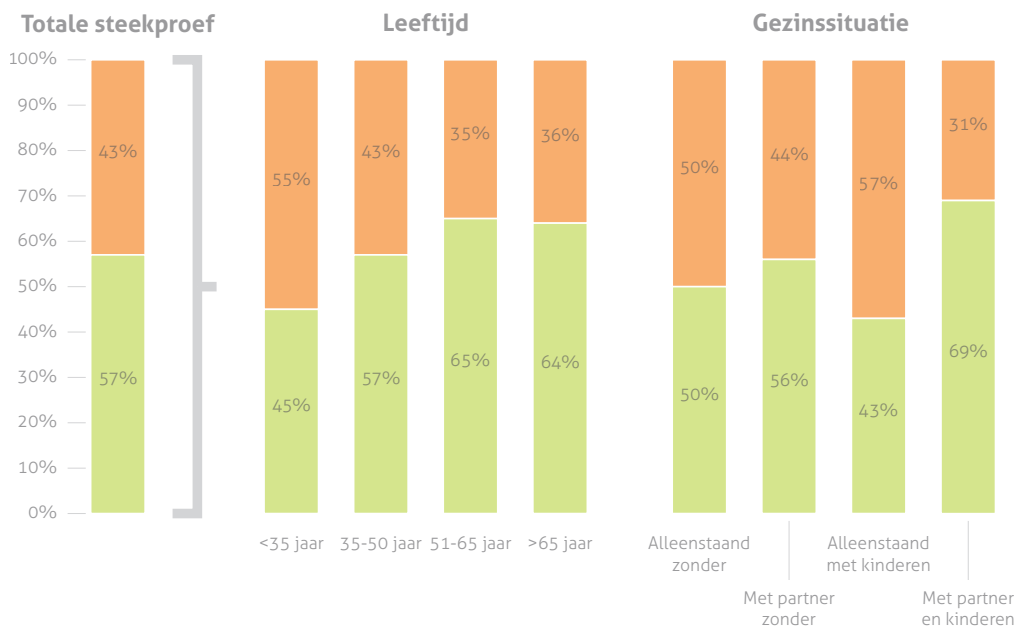
## BACKGROUND

# DE VLAMING EN HOSPITALISATIE

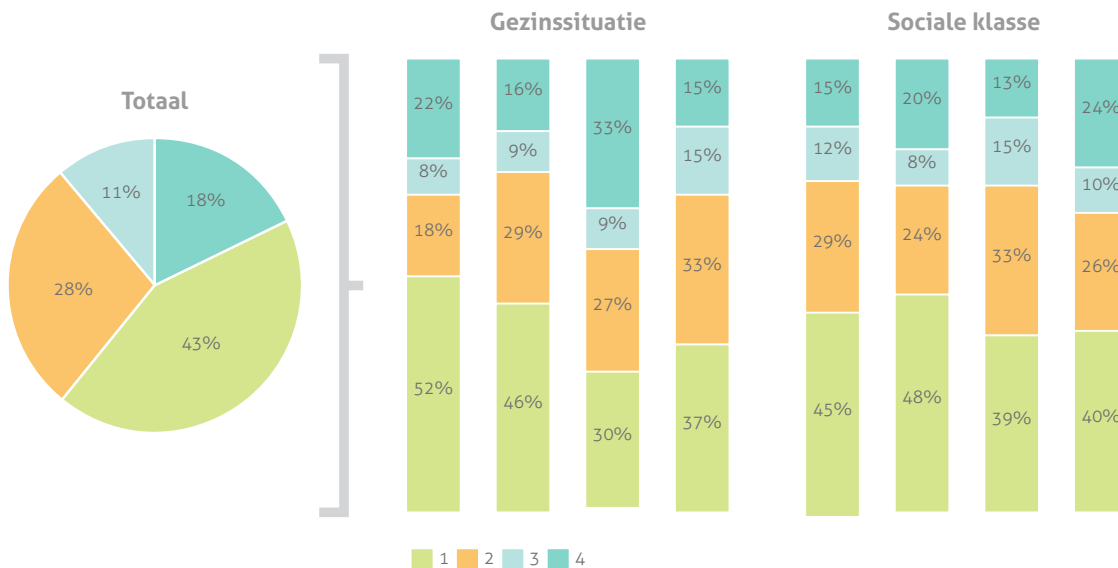
**Bron**  
Profacts-enquête  
i.o.v. Partena  
Ziekenfonds,  
januari 2018

Steekproef  
N= 1000  
Vlamingen.  
Gewogen naar een  
representatieve Vlaamse  
steekproef volgens  
geslacht, leeftijd, regio  
en sociale klasse.

Was u, of iemand in uw gezin (kinderen, partner, inwonend familielid...) tijdens de voorbije 2 jaar gehospitaliseerd? Onder hospitalisatie verstaan we ook een dagopname zonder overnachting.



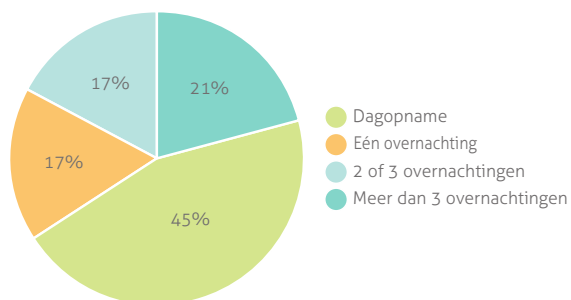
Hoeveel hospitalisaties vonden er bij u of in uw gezin plaats gedurende de afgelopen 2 jaar (inclusief dagopnames zonder overnachting)?



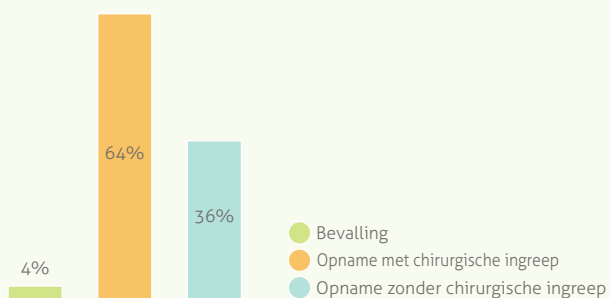
**57%**  
van de  
respondenten  
had meer dan  
1 opname.

Bijna **1 op 5**  
had meer dan 3  
hospitalisaties  
de afgelopen  
twee jaar

## Hoe lang duurde de laatste opname?



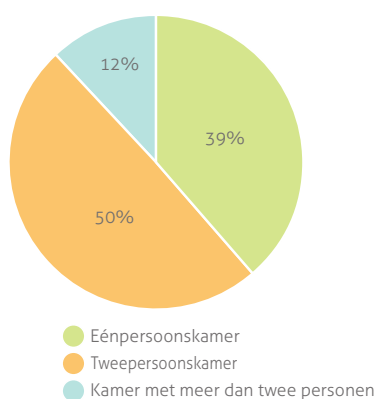
## Waarvoor was deze hospitalisatie?



**46% procent** van de chirurgische ingrepen gebeurde via **dagopname**

**74%** van de opnames was gepland

## In welk kamertype verbleef u of uw gezinslid bij de opname?



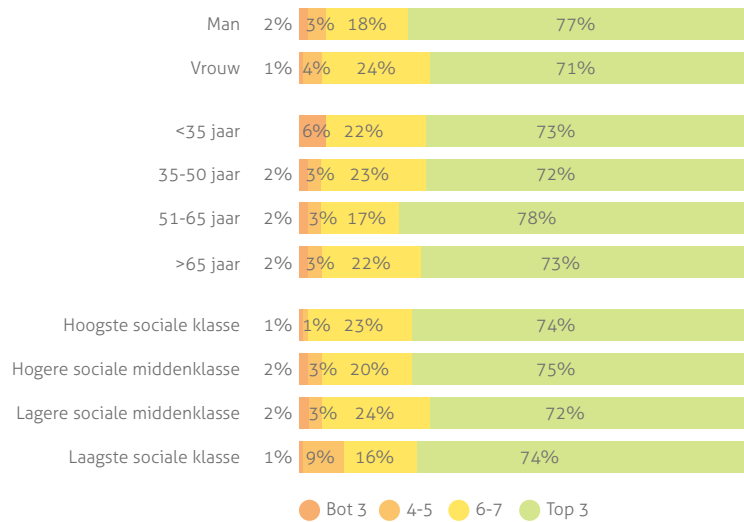
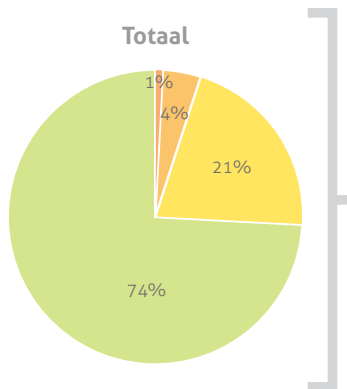
Jongere mensen (-35 jaar) geven vaker aan dat er in een éénpersoonskamer werd verbleven

Mensen uit de hoogste sociale klasse verblijven vaker in een éénpersoonskamer

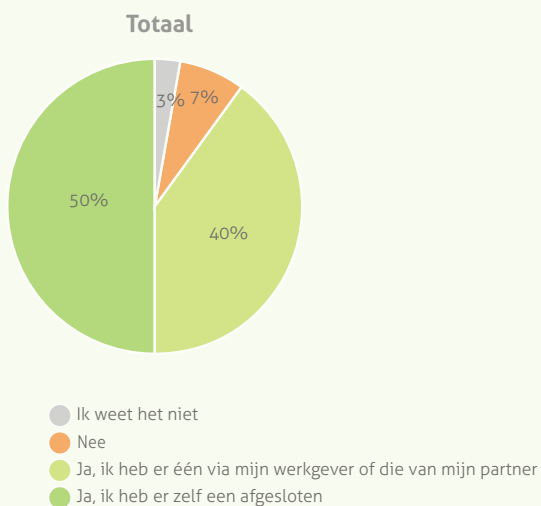
Mensen met een verzekering verkregen via de werkgever verblijven vaker in een éénpersoonskamer

## Hoe tevreden was u in het algemeen over deze hospitalisatie? In een score van 1 (uiterst ontevreden) tot 10 (uiterst tevreden)

Men is significant meer tevreden wanneer de opname gepland was (77% -> 8 of meer op 10), en wanneer men voor een éénpersoonskamer koos (82% -> 8 of meer op 10).



## Heeft u een hospitalisatieverzekering?



Wie vindt een hospitalisatieverzekering uiterst noodzakelijk (score van 8 of meer op 10)?

**85%**  
van de Vlamingen

91%  
van de 50-plussers

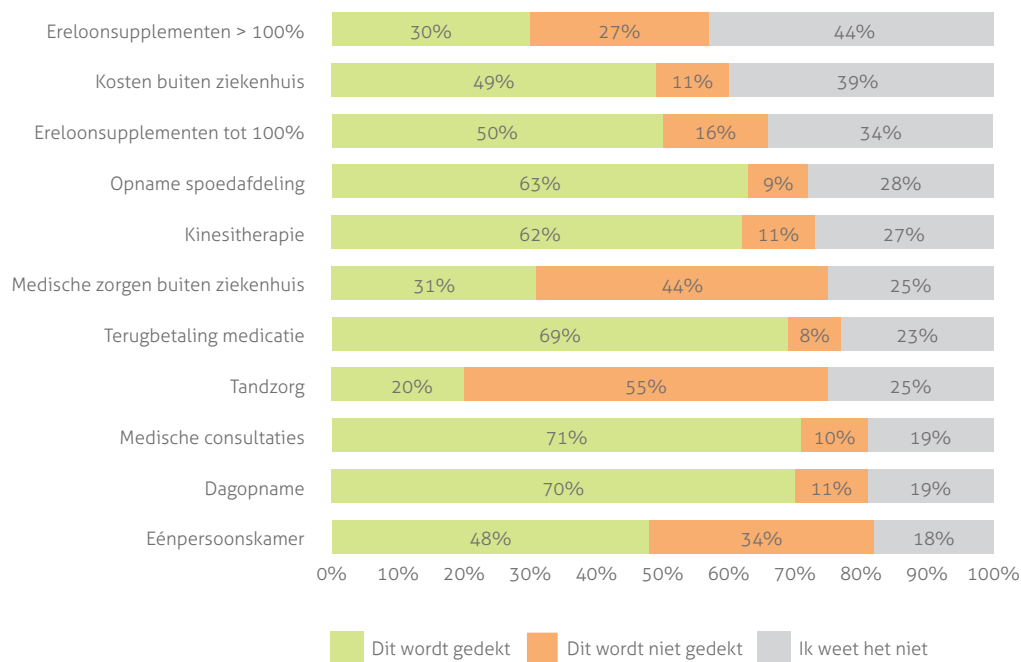
**91%**  
van wie recent een ervaring had met hospitalisatie

Waarom geen hospitalisatieverzekering? (7% van de Vlamingen)

63% -> te duur

19% -> dacht dat het inbegrepen zat in mijn ziekenfondsbijdrage

## Welk van de volgende zaken zijn volgens u gedekt door uw hospitalisatieverzekering?



# Wat staat er op een ziekenhuisfactuur?

## Op alle ziekenhuisfacturen vind je dezelfde rubrieken terug

DETAIL PATIENTENFACTUUR

1. Verblifskosten	Van	Tot	Aantal	A B C		Supplement (4)
				Ten laste ziekenfonds	Ten laste patiënt (3)	
<b>1.1. Verblifskosten hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis of partiële hospitalisatie in psychiatrie</b>						
Kraamdiens - 260	10/04/17	12/04/17	3			
Kosten voor verblijf Eenpersoonskamer	10/04/17	12/04/17	3	1594,05	74,13	165,00
<b>Subtotaal 1. Verblifskosten</b>				<b>1594,05</b>	<b>74,13</b>	<b>165,00</b>

2. Forfaitair aangerekende kosten (2)	Aantal Dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste patiënt (3)	Supplement (4)
Klinische biologie		151,32	7,44	
Medische beeldvorming		68,66	6,20	
Medische wachtdienst en technische verstrekkingen		35,48	16,40	
Geneesmiddelen: Forfait per opname		86,15		
Geneesmiddelen: Forfaitair persoonlijk aandeel per dag	3		1,86	
<b>Subtotaal 2. Forfaitair aangerekende kosten (2)</b>		<b>341,61</b>	<b>31,90</b>	

3. Apotheek - geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste patiënt (3)	Supplement (4)
<b>3.1. Geneesmiddelen</b>					
Vergoedbare geneesmiddelen			2,14		
Bedrag geneesmiddelen volledig ten laste ziekenfonds					
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt					
Niet-vergoedbare geneesmiddelen					
KONAKION INJ 0,2 ML 2 MG	1321850	1		1,65	
XYLOCAINE 1% PR FL 20 ML	137554	1		2,61	
DAFALGAN FORTE COMPR 1 G	1799121	8		1,44	
<b>3.2. Parafarmaceutische producten</b>					
LANSINOH NATURAL CREME 10 G	7799976	1		8,49	
NEOGENYL ACTION OPL 10 ML	7799976	15		14,78	
<b>Subtotaal 3. Apotheek - geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen</b>			<b>2,14</b>	<b>28,97</b>	

4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	Datum	Code (9)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste patiënt (3)	Supplement (4)
<b>Vergoedbare honoraria</b>						
Honoraria deels ten laste van het ziekenfonds						
H 4/ART 9/VERLOS.-GENEESHEREN	10/04/17	424023	1	393,94		599,91
H 4/ART 9/VERLOS.-GENEESHEREN	10/04/17	424045	1	31,43		47,15
Accred bij verlossing	10/04/17	424922	1	2,27		3,41
<b>Voorschrijver Dokter VAN DEN BROECKE, DIRK</b>						
H 3/AFD 3/ART 7/KINESITHERAPIE	12/04/17	561702	1	13,43	8,83	33,39
H 3/AFD 3/ART 7/KINESITHERAPIE	13/04/17	561702	1	13,43	8,83	33,39
H 3/AFD 1/ART 3/TECH GEN PRES	12/04/17	127024	1	0,31		0,47
H 5/AFD 11/ART 24/KLIN BIJ	12/04/17	541483	1	1,93		2,90
<b>Subtotaal 4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)</b>				<b>456,74</b>	<b>17,66</b>	<b>711,62</b>

7. Diverse kosten	Datum	Code	Aantal	Ten laste patiënt (3)	Supplement (4)
Borstcompressen	12/04/17	960444	1		2,50
Accommodatieforfait	10/04/17	960503	1		6,50
Accommodatieforfait	11/04/17	960503	2		13,00
<b>Subtotaal 7. Diverse kosten</b>					<b>22,00</b>

TOTALEN	Ten laste ziekenfonds	Ten laste patiënt (3)	Supplement (4)
TOTAAL	2394,54	174,66	876,62
Nog te betalen		1051,28	
Te starten op rekening van het ziekenhuis: BE55290038715044		291,96	
Te starten op rekening van de medische raad: BE0364512766664		759,32	

- Forfaitaire aangerekende kosten zijn wettelijke forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet de patiënt van geen van deze prestaties.
- De rubriek 'Ten laste van de patiënt' omvat de wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria), 'overige bedragen' (rubrieken 'Diverse kosten' en 'Andere leveringen') en bedragen volledig ten laste van de patiënt waarop 21% BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW).
- Supplement: voor (dag)opname met verblijf in een kamer wordt dit aangerekend bovenop het officiële bedrag voor de kamer en voor het honorarium (zie bijlage bij de opnameverklaring). Het kamersupplement en het honorariumsupplement, voor wat betreft de artsen, zijn het gevolg van de keuze voor een individuele kamer. Voor andere verstrekkers is dit het gevolg van het feit dat ze niet-geconventioneerd zijn. Voor andere behandelingen, waarvoor u niet in een kamer verblijft, zijn deze kosten het gevolg van verzorging door een niet-geconventioneerde verstrekker. Deze bedragen zijn volledig ten laste van de patiënt.
- De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank 'Nomensoft' die beschikbaar is op de website van het RIZIV: <http://www.Riziv.fgov.b>

**Kolom A:** Als je in orde bent met de wettelijke ziekteverzekering, wordt dit deel rechtstreeks betaald door je ziekenfonds. Je hoeft hiervoor niets te doen.

**Kolom B:** Hier staat alles wat je zelf moet betalen, o.a. remgelden, medicatie... Dus wat niet wordt terugbetaald door de wettelijke ziekteverzekering.

**Kolom C:** Dit is een overzicht van de supplementen voor een eenpersoonskamer. In een meerpersoonskamer worden geen supplementen aangerekend.

1 Het aantal nachten/dagen in het ziekenhuis

2 Kamersupplementen bij een eenpersoonskamer, een forfaitair bedrag per dag.

3 Per opname mag een ziekenhuis 4 forfaitaire bedragen aanrekenen, ook al heb je geen gebruik gemaakt van deze diensten

4 Terugbetaalbare medicatie die rechtstreeks door het ziekenfonds betaald wordt

5 Medicatie en parapharmaceutische middelen die de patiënt zelf moet betalen

6 Kolom A en B samen zijn 100% van het wettelijke tarief. Het wettelijke tarief bestaat uit een deel dat het ziekenfonds betaalt en een deel dat je zelf moet betalen. Bij een eenpersoonskamer mogen bovenop het wettelijk tarief ereloon-supplementen worden aangerekend. Die vind je in kolom C.

7 Deze som is exact 150% van het wettelijke tarief uit kolom A & B samen. In dit ziekenhuis hanteert men 150% als maximumprijs voor ereloon-supplementen. Het percentage varieert per ziekenhuis.

8 Diverse kosten die je altijd zelf moet betalen, bv. overnachten bij je ziek kind, huur van televisie, koelkast...

9 Eindtotaal: in dit voorbeeld betaalt het ziekenfonds 2.394,54 euro van de totale factuur via de wettelijke ziekteverzekering. Het deel dat je zelf moet betalen is 1.051,28 euro. Heb je een hospitalisatieverzekering, dan kan die (een deel van) dit bedrag terugbetalen.