

Persdossier 1 december 2011

Zevende CM-barometer van de ziekenhuisfactuur (cijfers 2010)

Belang kamerkeuze in ziekenhuis nog nooit zo groot Eenpersoonskamer vier keer duurder

Voor het zevende jaar op rij publiceert CM de gemiddelde ziekenhuisfactuur voor de patiënt. Deze gegevens zijn gebaseerd op de analyse van 1 miljoen facturen van CM-leden in 2010.

Op de CM-website vindt de surfer voor elk ziekenhuis de gemiddelde factuur terug. Bij ziekenhuisopname met overnachting gaat het over de vijf grootste diensten. Bij opnames in het dagziekenhuis kan de sitebezoeker de kostprijs raadplegen van elf aandoeningen en ingrepen. De bedragen zijn opgesplitst in rubrieken zoals honoraria en supplementen voor materiaal. Op deze manier kan elke internetgebruiker de prijzenpolitiek van de verschillende ziekenhuizen van België met elkaar vergelijken.

Deze jaarlijkse studie laat bovendien toe om globale evoluties in de facturatie van de ziekenhuisopnames te detecteren. Deze brengen ons tot een aantal aanbevelingen voor een betere financiële bescherming van de patiënt.

Samenvatting van de belangrijkste vaststellingen

1. De prijs van een ziekenhuisopname in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer daalt (-6 procent).

Wat bepaalt de prijsdaling tussen 2009 en 2010?

- De kamersupplementen werden verboden vanaf 1 januari 2010. Dit maakte de gemiddelde factuur gemiddeld 14 euro goedkoper.
- De supplementen op materiaal (bv. implantaten en synthetische weefsels) dalen verder doordat de ziekteverzekering deze beter terugbetaalt (-3 euro).
- Slechts een kleine minderheid van de ziekenhuizen rekent nog honorariumsupplementen aan in tweepersoonskamers. In het duurste ziekenhuis van het land stijgen deze honorariumsupplementen nog verder in 2010 (top-tien op pagina 8).

2. De prijs van een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer steeg tussen 2009 en 2010 met 1 procent. De stijging is volledig toe te schrijven aan de stijging van de honorariumsupplementen (+2 procent). In enkele ziekenhuizen noteren we zelfs stijgingen tot 44 procent (zie top-tien op pagina 9).

3. Het verschil in de kost voor de patiënt tussen een opname in een eenpersoonskamer en in een kamer voor twee of meer wordt elk jaar groter. In 2004 betaalde je voor een eenpersoonskamer drie keer meer dan voor een kamer voor meer personen, in 2010 was dit

reeds vier tot vijf keer meer. Een vierde van dit verschil wordt verklaard door de hogere kamersupplementen maar de overige drie kwart bestaat uit ereloonsupplementen. **In een eenpersoonskamer betaal je bijna 700 euro meer aan ereloonsupplementen dan in een gemeenschappelijke kamer!**

4. **Na de forse stijging in 2009, stellen we in 2010, voor het eerst in vijftien jaar, een stagnatie van het aantal opnames vast.** Maar schijn bedriegt. De stagnatie is het gevolg van een aanpassing van de facturatieregels. Wellicht herneemt de groei weer zoals voorheen in 2011.
5. **Per opname betaalt de patiënt gemiddeld 30 euro voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.** Dat bedrag is al meer dan 10 jaar stabiel, maar de variatie tussen de patiënten is groot.

Zevenpuntenplan van CM om de factuur te beheersen

De globale daling in de factuur bewijst dat de politieke beslissingen van de voorbije jaren effect hebben. Medisch materiaal en implantaten worden beter terugbetaald. Kamersupplementen in kamers voor twee of meer personen werden verboden. Toch meent CM dat we nog een stuk verder kunnen gaan en een ziekenhuisopname toegankelijker maken als volgende aanbevelingen gevolgd worden.

Maak de keuze voor gemeenschappelijke kamer standaard

Regelmatig vangt CM signalen op van patiënten dat ze stilzwijgend of zelfs met argumenten over de kwaliteit van de zorg, door artsen gedwongen worden te 'kiezen' voor eenpersoonskamers wanneer zij hun opname plannen. Dit is ongeoorloofd. Om dergelijke gang van zaken onmogelijk te maken, pleit CM ervoor dat elke patiënt wordt verondersteld voor een gemeenschappelijke kamer te kiezen, tenzij hij of zij expliciet om een eenpersoonskamer vraagt. De keuze van het kamertype mag geen invloed hebben op de relatie tussen arts en patiënt en op geen enkele wijze de kwaliteit van de zorg beïnvloeden.

Beperk de honorariumsupplementen in eenpersoonskamers

De honorariumsupplementen in eenpersoonskamers kennen sinds 2004, het begin van onze metingen, elk jaar een forse stijging. Het veel gehoorde argument dat deze supplementen nodig zijn om het ziekenhuis mee te financieren wordt in twijfel getrokken door de vaststellingen dat:

- veel ziekenhuizen financieel goed draaien met een beperking op de honorariumsupplementen tot 100 procent;
- de ziekenhuizen in 2010 een groter stuk van het honorarium afstaan aan de artsen dan in 2009.

Een beperking van de ereloonsupplementen in eenpersoonskamers tot 100 procent zou de opwaartse kostenspiraal tegenhouden en oneerlijke concurrentie vermijden door ziekenhuizen die op meer gegoede patiënten en duurder betaalde artsen mikken.

Vermijd de honorariumsupplementen in kamers voor twee of meer personen

In meer dan honderd algemene ziekenhuizen in België kunnen artsen geen honorariumsupplementen aanrekenen aan patiënten in kamers voor twee of meer personen. In de overige vijftien kan dat wel. Deze kleine groep van ziekenhuizen en artsen ontnemen de patiënten de mogelijkheid om zonder grote financiële zorgen en zonder bijkomende hospitalisatieverzekering opgenomen te worden in het ziekenhuis. CM betreurt dit en pleit ervoor dat ziekenhuizen gemotiveerd worden om af te stappen van honorariumsupplementen in kamers voor twee of meer personen.

Zorg voor een correcte en transparante financiering van de ziekenhuiswerking

De stijgende honorariumsupplementen wijzen op de steeds hogere looneisen van de artsen. Sommige specialisten verkiezen vaak in een privé praktijk buiten het ziekenhuis aan de slag te gaan waar zij de minst complexe behandelingen aanbieden en vrij hun honorarium kunnen bepalen. In het ziekenhuis daarentegen wordt een deel van de honoraria ingeschakeld in de

algemene werkingsmiddelen van het ziekenhuis. Dit alles maakt het moeilijk voor de ziekenhuisbeheerder om een streng verloningsbeleid aan te houden naar de artsen toe. Een transparante financiering van de ziekenhuizen waarin het nationaal betaalde 'budget van de financiële middelen' beter de infrastructuur dekt zou deze oneerlijke concurrentie die de looneisen omhoog jaagt, tegengaan.

Gebruik de budgetten voor implantaten efficiënt

Implantaten en medisch materiaal worden steeds beter terugbetaald. Deze sector is dan ook in volle uitbreiding en het is belangrijk om de budgetten voor implantaten op peil te houden. Om de budgetten voor implantaten optimaal te benutten pleit CM ervoor om de vergoeding aan de ziekenhuizen van implantaten en medisch materiaal per prestatie te vervangen door een forfaitaire financiering. Dit kan het kostenbewustzijn stimuleren bij de keuze van het type materialen.

Solidariseer de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen

CM blijft pleitbezorger van het solidariseren van de kost voor niet terugbetaalbare geneesmiddelen door het aan te rekenen bedrag vast te leggen op 30 euro per patiënt per opname. Deze vorm van forfaitarisering zou de grote variatie tussen patiënten van de toegediende geneesmiddelen kunnen beperken. Het zou de ondraaglijk hoge kost voor enkele patiënten met een uitzonderlijke medicamenteuze behandeling solidair verdelen over een veel grotere groep.

Garandeer een patiëntenfactuur van maximaal 200 euro

Indien honorariumsupplementen afwezig zouden zijn in kamers voor twee of meer personen, medisch materiaal beter zou terugbetaald en niet terugbetaalbare geneesmiddelen gesolidariseerd, dan moet het mogelijk zijn de factuur voor de patiënt in een twee- en meerpersoonskamer te beperken tot 200 euro. De verplichte ziekteverzekering kan het verschil op zich nemen. Dat zou ongeveer 130 miljoen euro kosten.

Vijf aanbevelingen aan de patiënt om onaangename verrassingen te vermijden

1. **Kies kostenbewust of u een eenpersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer wenst.** Informatie over de kost van de verschillende kamertypes vindt u op de opnameverklaring die u wordt voorgelegd ten laatste op het moment van de opname.
2. **Vraag uw arts te schatten wat de kost van het medisch materiaal zal zijn.** Bij een heelkundige ingreep kan de kost van het medisch materiaal (implantaten of hechtmiddelen die in het lichaam blijven) hoog oplopen.
3. **Vergelijk ziekenhuistarieven op cm.be/hospitalisatie** en pas uw keuze van ziekenhuis aan voor zover dat mogelijk is.
4. **Vraag naar de tarieven van de ‘diverse kosten’** (televisie, telefoon, internet, maaltijd voor de begeleidende partner of ouder...).
5. **Leg uw factuur voor aan uw ziekenfonds vooraleer te betalen.** Onze medewerkers kunnen u uitleg geven over de inhoud van uw factuur en nagaan of er geen fouten in staan. Bij fouten kan de dienst Ledenverdediging uw factuur betwisten bij het ziekenhuis.

Een vergelijkingsmodule voor de ziekenhuistarieven op www.cm.be

De CM-website wordt gemiddeld 10 000 keer per dag bezocht en elke maand vinden reeds 7 000 internetgebruikers de weg naar onze informatie over de ziekenhuisfactuur via: www.cm.be/ziekenhuisfactuur. De vergelijkingsmodule voor de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt wordt elk jaar geactualiseerd. Dit instrument laat toe de **tariefpraktijken voor vier ziekenhuizen te vergelijken**. Daarvoor volstaat het de instellingen te selecteren, alsook de dienst en het kamertype waarvoor de bezoeker van de site informatie wenst.

Om de tabel vlotter te kunnen lezen, staan de cijfers in verschillende kleuren.

- **Rood:** dit ziekenhuis past de tarieven van de 25 procent duurste ziekenhuizen toe;
- **Oranje:** dit ziekenhuis past de tarieven van de 25 procent ziekenhuizen met gemiddelde tarieven toe;
- **Groen:** dit ziekenhuis past de tarieven van de goedkoopste ziekenhuizen toe (onder de mediaan). Honorariumsupplementen van minder dan 1 procent worden automatisch in het groen aangeduid, ongeacht de mediaanwaarde.

De bedragen in deze vergelijking zijn gemiddelden (mediane waarden) op basis van de facturen van 2010. Deze bedragen zijn geen engagement: de werkelijke factuur kan lager of hoger zijn al naargelang de zwaarte van de ingreep, het al dan niet geconventioneerd zijn van de geneesheer, het type materiaal en de verblijfsduur. De gefactureerde bedragen geven ook geen enkele indicatie over de kwaliteit van de zorg.

Indien het ziekenhuis 'rode of oranje cijfers' vertoont, raden wij de patiënten aan waakzaam te zijn en meer informatie te vragen over de supplementen om verrassingen te vermijden.

Wanneer de waarden van de gekozen ziekenhuizen in het groen vermeld staan, kan de factuur toch nog hoog zijn (ze hangt immers onder meer af van de ernst van de gezondheidstoestand en de verblijfsduur), maar ze zal relatief lager zijn dan in ziekenhuizen waarvoor de resultaten in rood of oranje aangeduid zijn voor dezelfde ingreep.

In ieder geval kunnen de patiënten die aangesloten zijn bij CM in geval van een overdreven hoge of incorrecte factuur terecht bij CM-medewerkers. De betwistingen van facturen door de CM-diensten leidden in 2010 tot de terugbetaling aan leden van 4 miljoen euro.

Analyse van de ziekenhuisfacturen 2010

1. De prijs van een ziekenhuisopname in een tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamer daalt

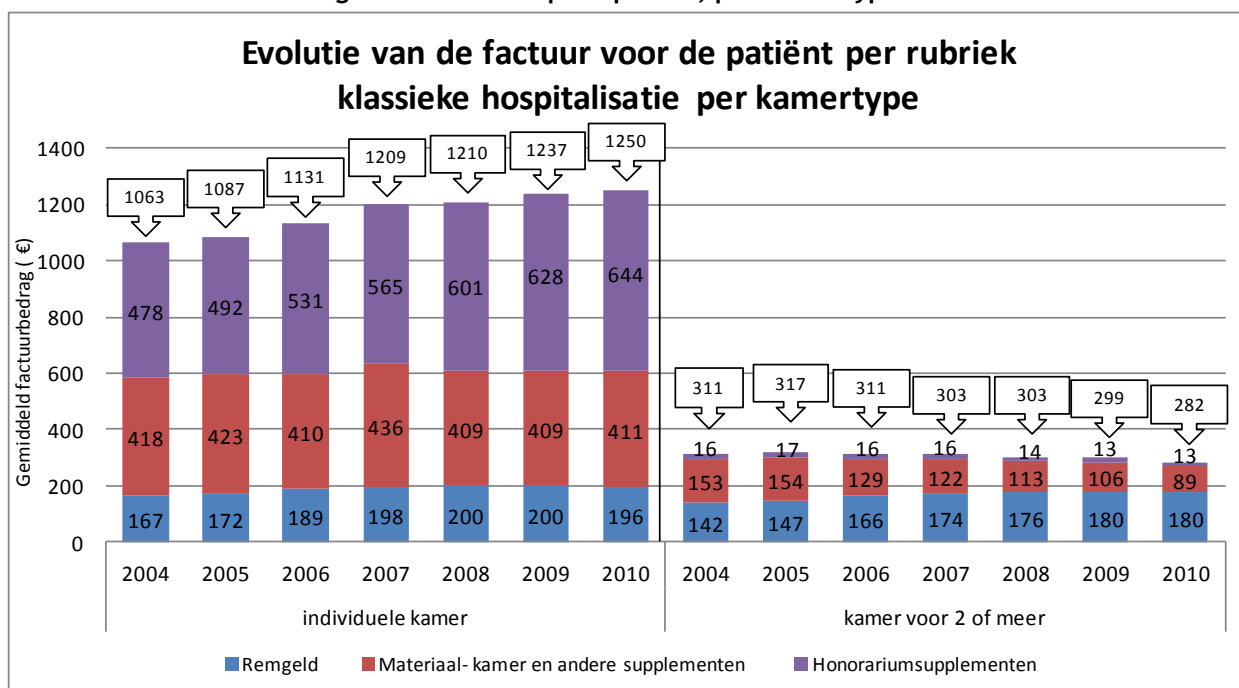
De gemiddelde kost voor de patiënt van een ziekenhuisopname met overnachting in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer was in 2010 282 euro. Dit bedrag bestaat uit 180 euro remgeld, 89 euro materiaal en andere supplementen, en 13 euro honorariumsupplementen. Het verbod op kamersupplementen vanaf 1 januari 2010 verlaagde de factuur in een klap met 6 procent of 14 euro. De globale evolutie van de prijzen in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer lezen we af op de rechterkant van grafiek 1.

Het onderscheid tussen tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers vervaagt. Gemeenschappelijke kamers worden afgebouwd en vaak ligt de patiënt die een gemeenschappelijke kamer vraagt toch op een tweepersoonskamer. Bovendien werden in 2010 de kamersupplementen ook in tweepersoonskamers afgeschaft en factureren de meeste ziekenhuizen deze kamers op dezelfde manier. We beschouwen beide kamertypes dus samen.

Het aandeel van de opnames in deze kamertypes in het totale aantal opnames daalt niet. De tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers blijven de meest gevraagde kamertypes: 77 procent van de patiënten overnacht in deze kamers. Enkel de materniteit vormt hier een uitzondering op: daar gebeurt slechts 28 procent van de opnames in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer.

Naast de afschaffing van de kamersupplementen draagt ook de betere terugbetaling van het medisch materiaal bij tot de daling van de totale kost (-3 euro). Zie hiervoor punt 8 op pagina 18.

Grafiek 1: Evolutie van de gemiddelde kost per opname, per kamertype



De ereloon-supplementen voor kamers voor twee of meer personen bleven nagenoeg stabiel. In slechts een kleine minderheid van ziekenhuizen rekenen de artsen in deze kamers nog supplementen aan. De top-tien van deze ziekenhuizen staan in tabel 1. In de kolom 'maximum % ereloon supplement' staat het maximum percentage zoals vermeld op het document dat elke patiënt moet ondertekenen bij opname (de opnameverklaring). Dit is het percentage van het officiële tarief (remgeld plus terugbetaling door de ziekteverzekering) dat de arts mag aanrekenen als supplement. Deze maximale percentages variëren soms per ziekenhuissite, dienst of kamertype. Opvallend is dat het duurste ziekenhuis uit dit lijstje zijn honorariumsupplementen ook nog het meest liet stijgen (zie rode groeicijfers).

Tabel 1: Top-tien van ziekenhuizen met de hoogste ereloon-supplementen (in procent) in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers in 2010

Gemeente	Naam van de instelling	<u>maximum</u> % ereloon supplement **	<u>gemiddeld</u> % ereloon supplement	toename ereloon supplement in 2010	gemiddeld totale factuur patiënt
Brussel*	CHIR Edith Cavell (CHIREC)	400%	54%	7%	€ 962
Luik	CHC St. Vincent Ste Elisabeth	50%/100%	22%	-2%	€ 452
Brussel	Clinique Ste Anne/St. Remi	100%/400%	17%	0%	€ 444
Bonheiden	Imelda Ziekenhuis	200%	10%	1%	€ 350
Deurne	AZ Monica	100%/200%	10%	0%	€ 400
Brussel	Hopitaux d'Iris Sud	200%/300%	9%	0%	€ 337
Gent	AZ Maria Middelaes	0%/50%	8%	1%	€ 391
Zottegem	AZ St. Elisabeth	0%/50%	7%	1%	€ 367
Leuven	Heilig Hart Ziekenhuis	0%/50%	7%	-1%	€ 298
Halle	St. Maria Ziekenhuis	0%/50%	6%	0%	€ 308

* zes campussen verspreid over Brussel en Waals Brabant

**in sommige ziekenhuizen verschilt het maximum tussen sites, diensten, of kamers met twee of meer bedden

2. De prijs van een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer stijgt

De prijs van een ziekenhuisopname met overnachting in een eenpersoonskamer blijft stijgen. In 2010 betaalden CM-leden er gemiddeld 1 250 euro per opname, vier keer meer dan in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer (zie grafiek 1). Dat is 13 euro of 1 procent meer dan in 2009. De stijging is volledig toe te schrijven aan de stijging van de honorariumsupplementen (+2 procent).

Er zijn echter enkele ziekenhuizen bij wie de toename veel spectaculairder is. Het Centre Hospitalier Universitaire Tivoli sprong in één jaar naar de top-tien en vraagt gemiddeld 500 euro (!) meer honorariumsupplementen in eenpersoonskamers dan in 2009. Het Brusselse ziekenhuis CHIR Edith Cavell (CHIREC) blijft de hoogste bedragen aanrekenen voor vergelijkbare behandelingen. Dit lees je af van de kolommen 'gemiddeld % ereloon-supplement' in zowel tabel 2 als 3.

Tabel 2: Top-tien van de ziekenhuizen met de hoogste ereloonsupplementen (in procent) in eenpersoonskamers

Gemeente	Naam van de instelling	<u>maximum</u> ereloon supplement	<u>gemiddeld</u> % ereloon supplement	toename ereloon supplement in 2010	gemiddeld totale factuur patiënt
Brussel*	CHI Edith Cavell (CHIREC)	400%	165%	5%	€ 2 747
Luik	CHC St. Vincent Ste Elisabeth	250%	152%	9%	€ 2 218
Brussel	CU Bruxelles Hôpital Erasme	300%	149%	25%	€ 3 289
Brussel	Clinique Ste Anne/St. Remi	300%	142%	1%	€ 2 576
Beaudour	RHMS Clinique Louis Caty	200%	140%	21%	€ 2 248
Brussel	Cliniques Universit. St. Luc	300%	134%	20%	€ 3 463
La Louvière	CHU Tivoli	300%	130%	44%	€ 2 081
Gosselies	Clinique Notre Dame de Grace	250%	121%	-14%	€ 1 970
Ottignies	Clinique St. Pierre	200%	121%	7%	€ 2 147
Charleroi	Grand Hôpital de Charleroi	200%	115%	2%	€ 2 303

* zes campussen verspreid over Brussel en Waals Brabant

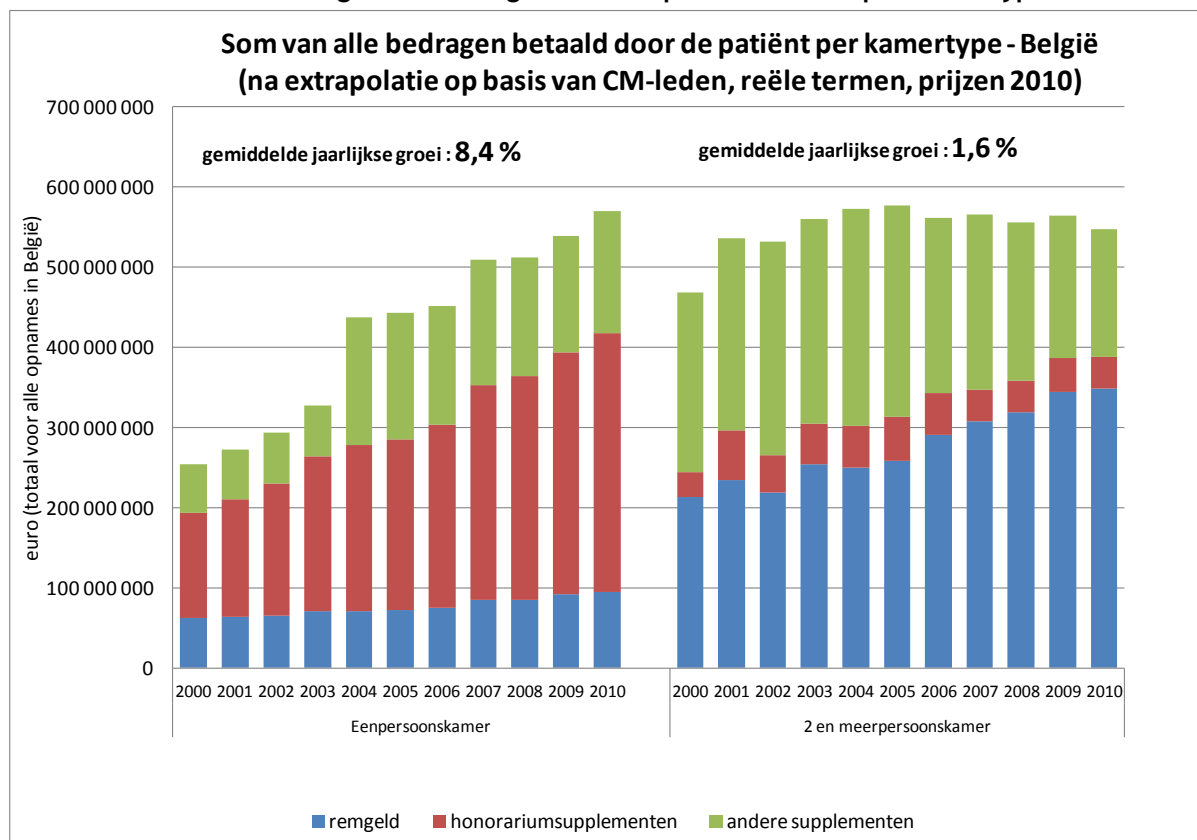
Deze kleine groep ziekenhuizen overschaduwde de veel grotere groep van ziekenhuizen waar de facturen stabiel blijven van jaar tot jaar. In Tabel 3 vind je de top-tien van de minst dure ziekenhuizen in eenpersoonskamers. Merk de sterke daling op in twee van deze ziekenhuizen.

Tabel 3: Top-tien van de ziekenhuizen met de laagste ereloonsupplementen (in procent) in eenpersoonskamers

Gemeente	Naam van de instelling	<u>maximum</u> % ereloon supplement	<u>gemiddeld</u> % ereloon supplement	toename ereloon supplement in 2010	gemiddeld totale factuur patiënt
Torhout	St. Rembertziekenhuis	100%	21%	2%	€ 546
Antwerpen	UZ Antwerpen	150%	26%	2%	€ 868
Namen	Clinique St. Luc	100%	32%	2%	€ 1 035
Nijvel	CH Tubize-Nivelles	100%	33%	0%	€ 904
Ieper	Jan Yperman Ziekenhuis	100%	33%	1%	€ 774
Dendermonde	AZ St. Blasius	100%	33%	-10%	€ 757
Aarlen	Clin. du Sud-Luxembourg	200%	35%	-31%	€ 696
Izegem	St. Jozefskliniek	100%	36%	3%	€ 778
Leuven	RZ Heilig Hart	100%	37%	-5%	€ 840
Tongeren	AZ Vesalius	100%	38%	0%	€ 772

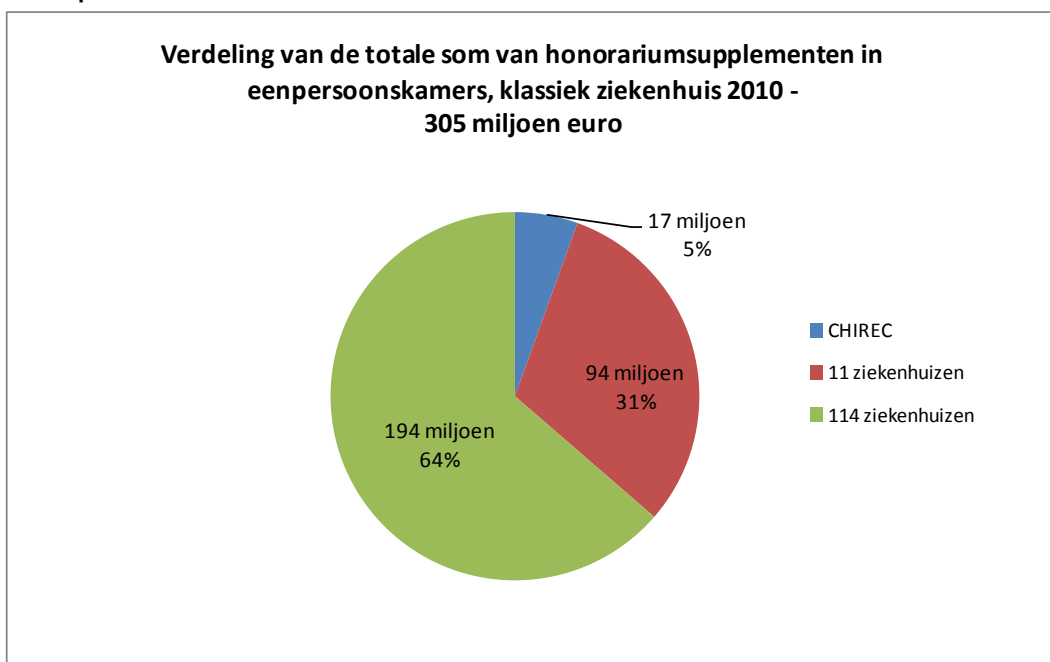
Grafiek 2 illustreert de sterke stijging van de globale kost voor de patiënt in eenpersoonskamers. Ook het disproportioneel belang van de ereloonsupplementen in de factuur valt op. Merk op dat supplementen niet worden opgevangen door de maximumfactuur. De opnames in eenpersoonskamers vertegenwoordigen in 2010 slechts 23 procent van alle opnames, maar ze betekenen wel 51 procent van de totale uitgaven van de patiënten.

Grafiek 2: Evolutie van de globale bedragen door de patiënt betaald per kamertype

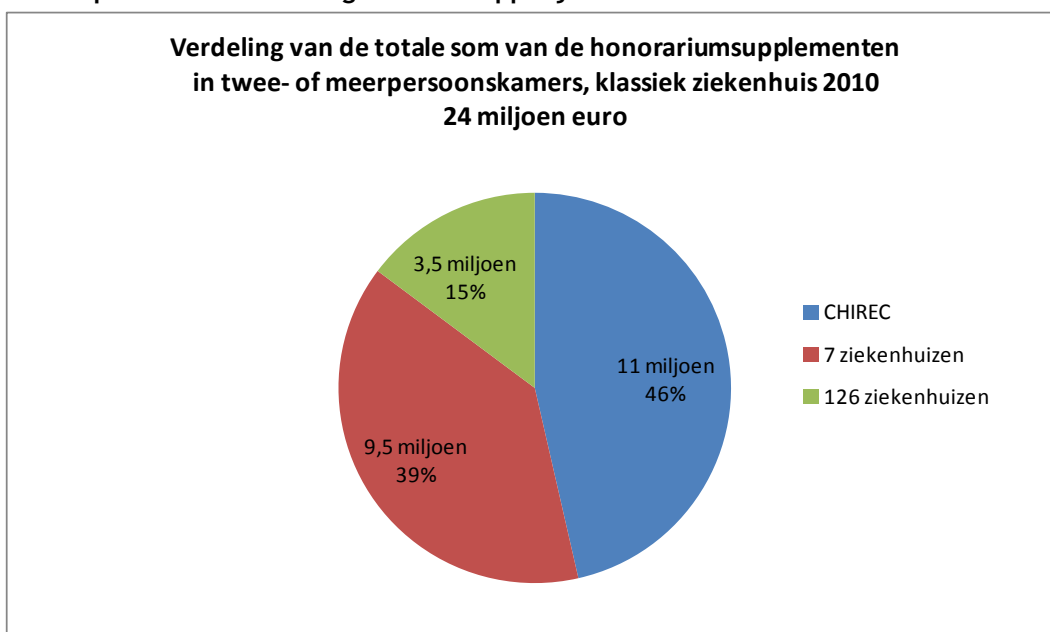


Grafiek 3a (eenpersoonskamers) en grafiek 3b (kamers voor twee of meer personen) belichten dan weer de disproportionele verdeling van de totale som van honorariumsupplementen geïnd door de verschillende ziekenhuizen bij opnames in eenpersoonskamers. Waar één ziekenhuis (CHIREC) 5 procent van alle ereloon-supplementen binnenhaalt zijn 90 procent van de ziekenhuizen goed voor slechts 64 procent van de ereloon-supplementen in eenpersoonskamers. Aangezien de meeste ziekenhuizen geen ereloon-supplementen aanrekenen in kamers voor twee of meer personen is de situatie daar nog veel meer uitgesproken. Voor dat kamertype neemt CHIREC bijna de helft van alle honorariumsupplementen in België voor zijn rekening.

Grafiek 3a: De ongelijke spreiding tussen ziekenhuizen van inkomsten uit ereloonsupplementen in eenpersoonskamers



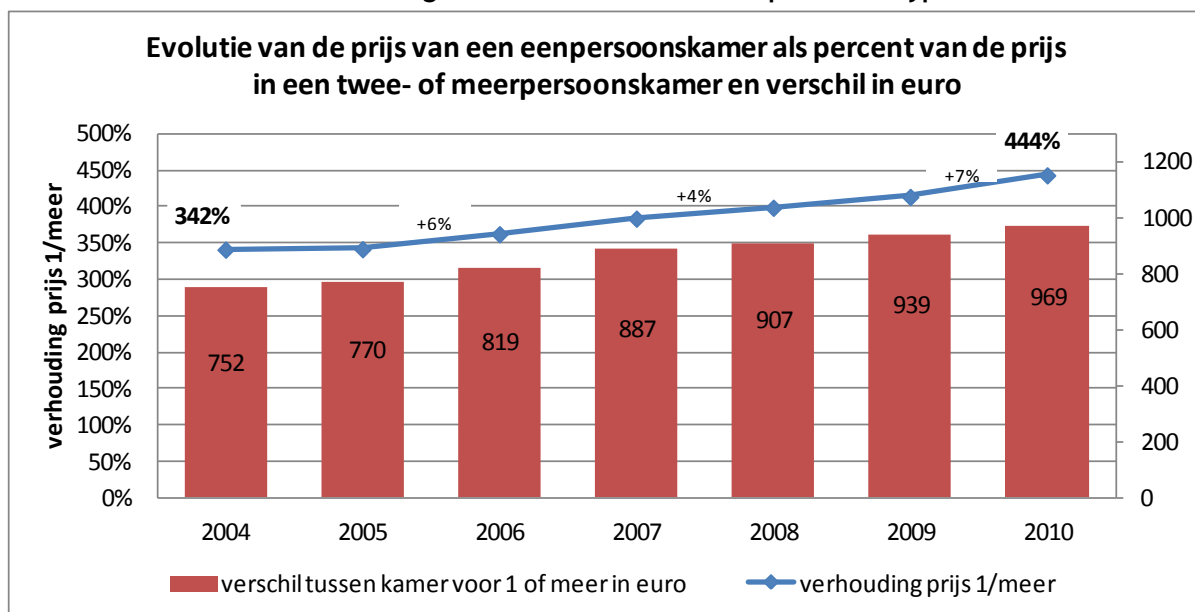
Grafiek 3b: De ongelijke spreiding tussen ziekenhuizen van inkomsten uit ereloonsupplementen in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers



3. Verschil tussen eenpersoonskamers en kamers voor twee of meer groeit

Het verschil in de kost voor de patiënt voor een opname in eenpersoonskamers en kamers voor twee of meer wordt elk jaar groter. In 2004 betaalde je voor een eenpersoonskamer drie maal meer dan voor een kamer voor meer personen, in 2010 was dit reeds ruim vier maal meer. Grafiek 1 en grafiek 4 visualiseren deze evolutie.

Grafiek 4: Evolutie van verhouding van de ziekenhuisfactuur per kamertype



Vele patiënten vertrouwen er op dat dit prijsverschil volledig gedekt wordt door hun hospitalisatieverzekering. Dit is slechts ten dele waar. Lang niet alle hospitalisatieverzekeringen dekken de volledige kost in eenpersoonskamers. Eigen bijdragen van de patiënt van 400 euro na terugbetaling door de hospitalisatieverzekering vormen geen uitzondering. Bovendien betalen de patiënten in elk geval toch de rekening. De premies voor hospitalisatieverzekeringen worden systematisch verhoogd naarmate de patiëntenfactuur verhoogt en heel wat verzekeringspolissen bevatten een reeks uitsluitingen, franchises en plafonds voor de terugbetalingen.

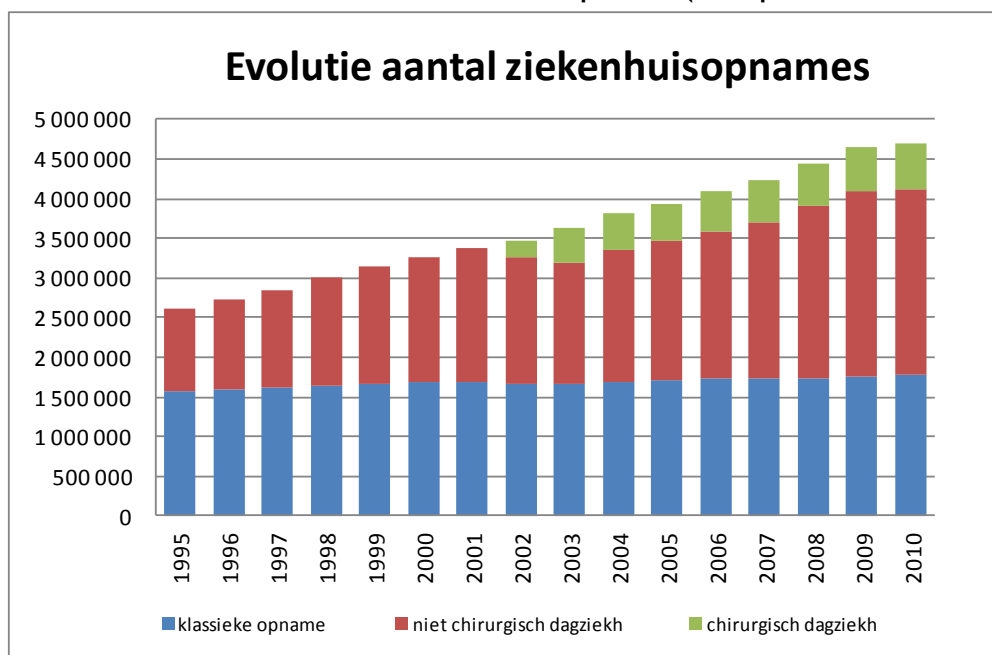
Slechts een vierde van dit verschil tussen de kamertypes wordt verklaard door de hogere kamersupplementen (gemiddeld 210 euro per opname in een eenpersoonskamer). De overige driekwart bestaat uit ereloon-supplementen. In een eenpersoonskamer betaal je bijna 700 euro meer aan ereloon-supplementen dan in een gemeenschappelijke kamer. Dit doet uiteraard vragen rijzen over de houding van de arts tegenover een patiënt die in een eenpersoonskamer, dan wel in een kamer met anderen verblijft (zie tabel in bijlage 1).

4. Aantal ziekenhuisopnames stagneert

Het totaal aantal opnames stijgt in 2010 met minder dan een procent. Dit terwijl in de laatste vijftien jaar de stijging steeds hoger was dan 3 procent en in sommige jaren tot 6 procent opliep. Deze trend wordt vooral bepaald door het aantal niet-chirurgische dagopnames.

De jarenlange sterke groei van die opnames valt in 2010 plotseling stil. De verklaring hiervoor is reglementair van aard. Bepaalde interventies (onder andere het spoelen van een poortkatheter, een ingeplant toegangspoortje dat kan aangeprikt worden voor mensen die zeer regelmatig intraveneus geneesmiddelen moeten toegediend krijgen) die voorheen aangerekend werden als een dagopname, worden namelijk sinds 1 januari 2010 ambulantly gefactureerd (*of in technische termen: "kunnen geen aanleiding meer geven tot een miniforfait"*). We hebben dus met de 4,7 miljoen dagopnames in België wellicht nog steeds geen grens bereikt. Het aantal dagopnames voor dialyse en pijnbestrijding neemt nog steeds toe met 4 procent per jaar. Ter vergelijking, in 1995 telden we in totaal nog maar 2,6 miljoen dagopnames per jaar.

Grafiek 5: Evolutie van het aantal ziekenhuisopnames (extrapolatie voor heel België)



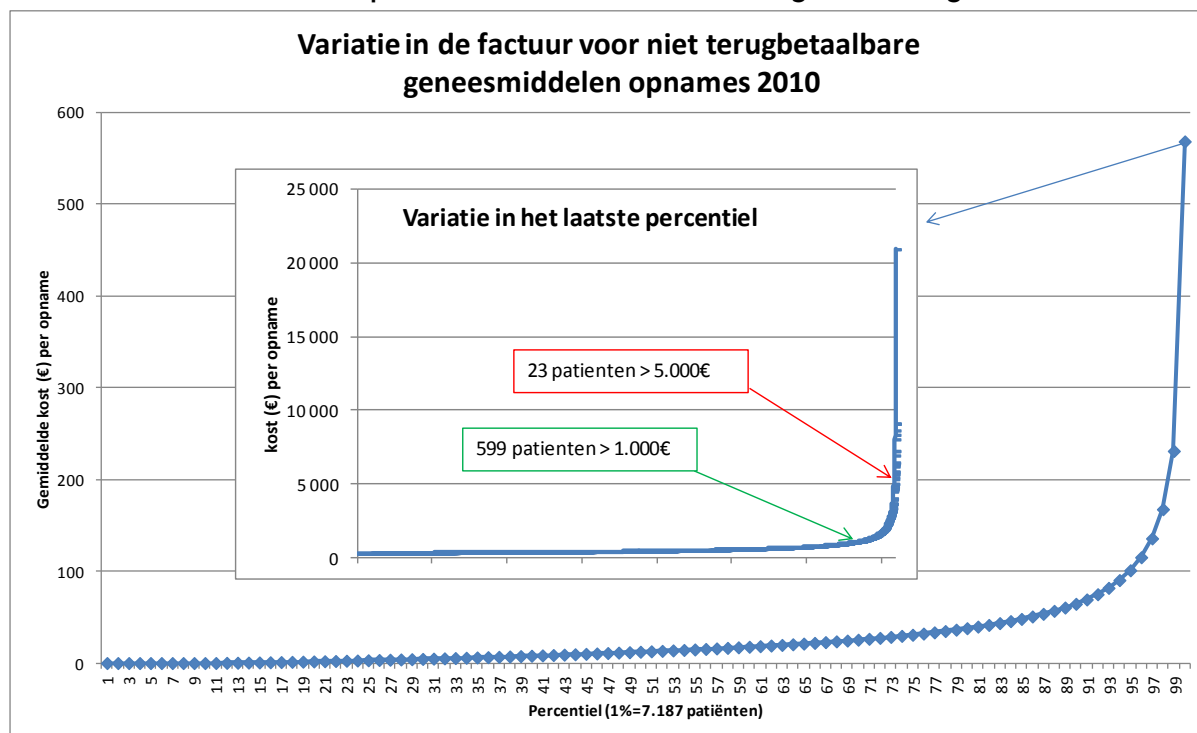
5. Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen

De kost voor de patiënt voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (bijvoorbeeld: pijnstillers) blijft gemiddeld genomen stabiel op 30 euro per opname over de jaren heen, maar kent een grote variatie van patiënt tot patiënt. Deze variatie wordt gevisualiseerd in grafiek 6.

De helft van de patiënten betaalt minder dan 12 euro voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen. Voor 90 procent van de patiënten blijft de factuur voor deze rubriek onder de 65 euro. Minder dan 1 procent van de patiënten heeft echter een geneesmiddelenfactuur van meer dan 1000 euro. Dit kan oplopen tot 9 000 euro voor een opname en in extreme gevallen zelfs tot 20 000 euro per patiënt.

Deze zware last voor een kleine minderheid geeft aan dat deze kost er zich prima toe leent solidair verdeeld te worden onder alle patiënten.

Grafiek 6: Variatie tussen de patiënten in de kost van niet terugbetaalbare geneesmiddelen



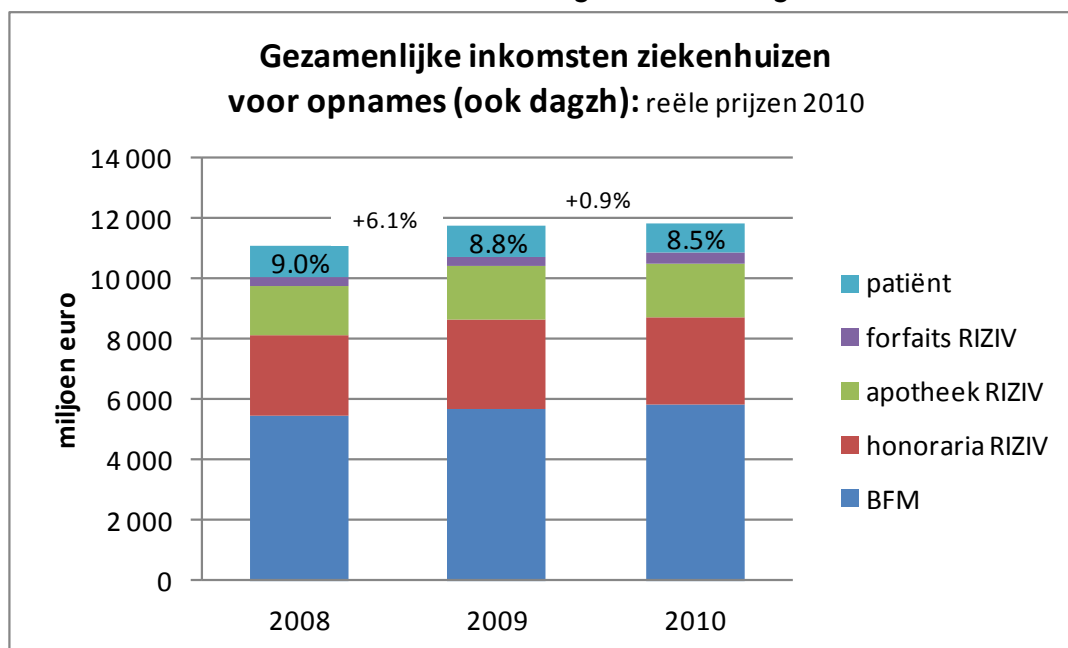
6. Totale inkomsten van de ziekenhuizen en het aandeel van de patiënt

Door de rationalisering van de vergoedingen voor labo-onderzoeken (klinische biologie) die voor de ziekteverzekering een besparing betekende van 35 miljoen euro en door de vermindering van het budget voor medische beeldvorming (-28 miljoen euro) verminderde de totale honorariummassa. Toch verhoogde het aandeel van de honoraria dat de artsen voor zichzelf hielden nog ten opzichte van 2009. De besparing werd dus vooral door de ziekenhuisorganisatie gevoeld, en minder door de artsen zelf die hun inkomsten nog met 3,2 procent zagen stijgen (cijfer MAHA-studie). Daarbovenop betaalden ook de patiënten globaal 3 procent meer aan honorariumsupplementen dan in 2009.

De patiënt betaalde dus meer voor erelonen maar minder voor kamer- en materiaalsupplementen. Het aandeel van de patiënt in de totale inkomsten voor het ziekenhuis is alles samen ook wat kleiner. Alle ambulante prestaties in het ziekenhuis buiten beschouwing gelaten, vertegenwoordigde het aandeel van de patiënt in 2010 8,5 procent.

In grafiek 7 wordt een overzicht gegeven van de grote inkomstenbronnen voor de algemene ziekenhuizen (met uitzondering van ambulante raadplegingen in het ziekenhuis). De verplichte ziekteverzekering zorgt voor het grootste deel van de inkomsten met het Budget van de Financiële Middelen (BFM) ter waarde van 5,8 miljard euro en de terugbetalingen voor honoraria (2,9 miljard), geneesmiddelen (1,3 miljard) en implantaten en medisch materiaal ('apotheek', 0,5 miljard). Het bedrag uit eigen zak betaald door alle gehospitaliseerde patiënten samen, bedroeg in 2010 1 miljard euro. Dit vertegenwoordigt 8,5 procent van de totale kost.

Grafiek 7: Inkomsten van de ziekenhuizen volgens financieringsbron

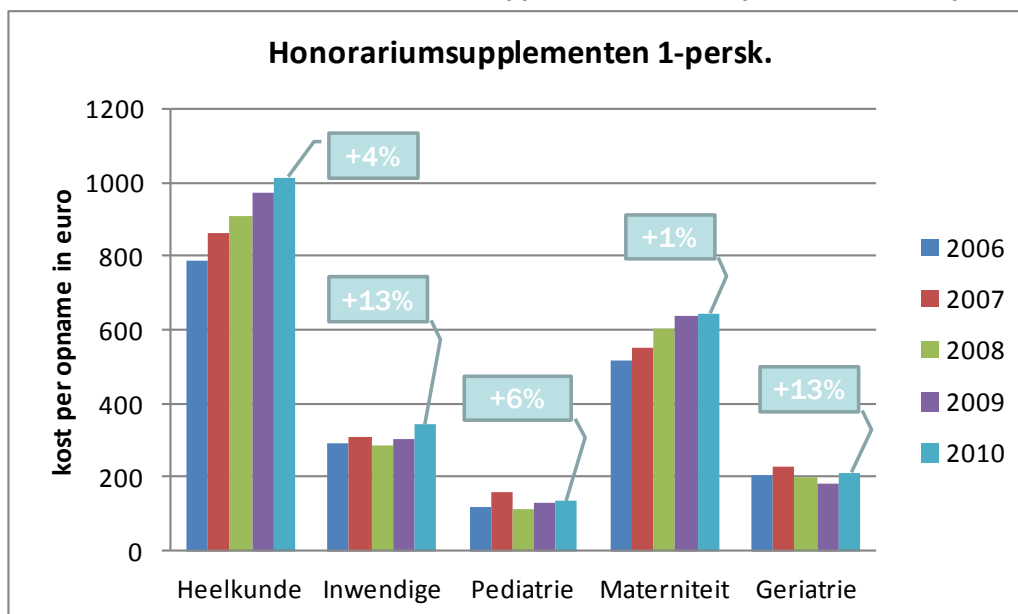


7. Grote verschillen in prijs tussen heekunde, inwendige, pediatrie, verloskunde of geriatrie

Gemiddelde bedragen verbergen soms grote verschillen tussen de diensten in het ziekenhuis. De gemiddelde prijs voor de patiënt van een opname voor een heekundige ingreep, een inwendige ingreep, een pediatrie ingreep, een bevalling of een verblijf in de geriatrie was in 2010 respectievelijk 662, 258, 241, 921 en 425 euro (zie bijlage 1). Twee op de vijf opnames behelzen een heekundige ingreep.

Honorariumsupplementen zijn een stuk hoger in de diensten heekunde en verloskunde dan in pediatrie en geriatrie. Algemeen geldt dat supplementen voornamelijk worden aangerekend bij 'technische ingrepen' (bijvoorbeeld anesthesie of chirurgische ingrepen). Hierdoor is er sprake van een grote ongelijkheid in de vergoeding van de verschillende artsenspecialismen. De laatste jaren werden er verschillende inspanningen geleverd om deze verschillen weg te werken door de vergoedingen van bijvoorbeeld geriateren en pediaters op te waarderen. Grafiek 8 geeft de evolutie van de hoogte van de honorariumsupplementen weer voor vijf diensten voor ziekenhuisopnames met overnachting.

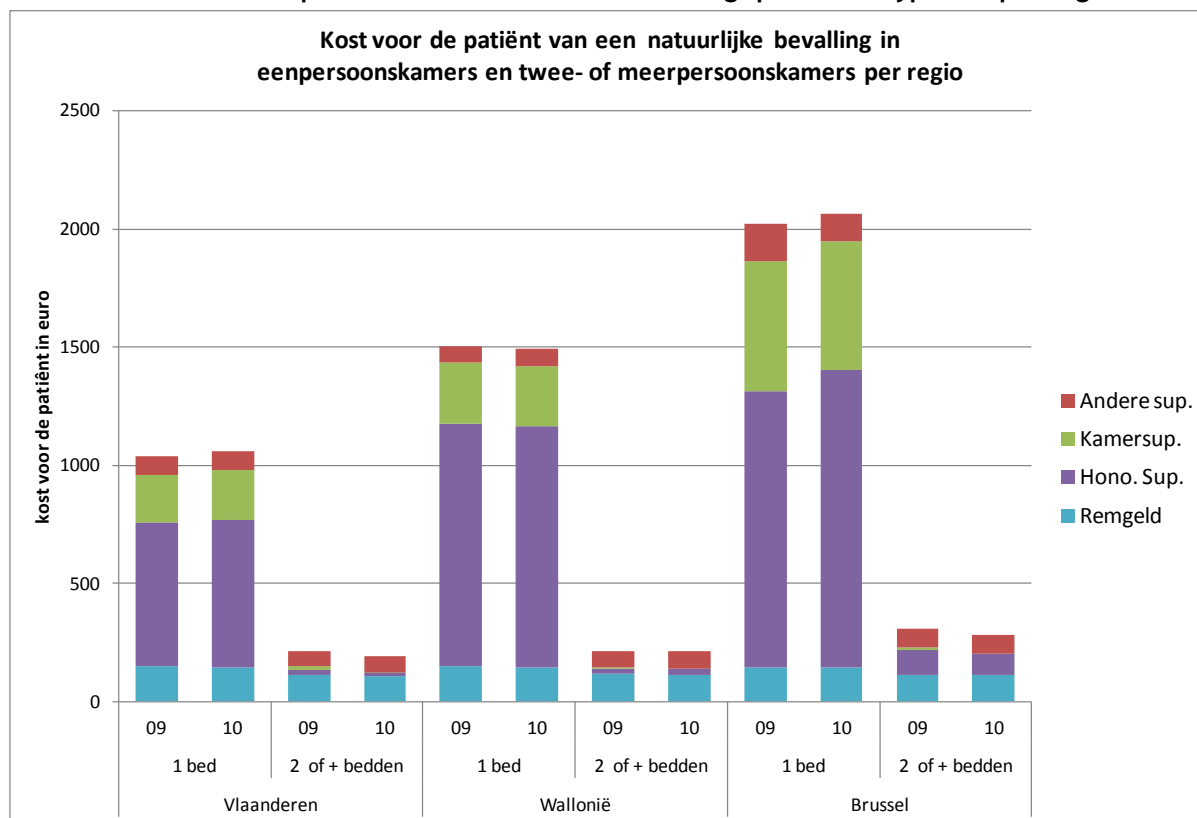
Grafiek 8: Evolutie van de honorariumsupplementen in eenpersoonskamers per dienst.



Een groot verschil tussen de diensten treffen we ook aan bij de **kamersupplementen**. Terwijl het gemiddelde bedrag aan kamersupplementen 53 euro is, betaal je gemiddeld 174 euro aan kamersupplementen voor de diensten verloskunde. Dit komt door het hoger aantal eenpersoonskamers in de materniteit. Begrijpelijk, want jonge moeders vieren de geboorte van een kind graag in intieme familiekring.

In sommige ziekenhuizen wordt deze bijzondere wens aangewend om kamer- en honorariumsupplementen goed door te rekenen. Tel hier de kamersupplementen bij en je komt al snel tot de conclusie dat **bevallen in het ziekenhuis niet goedkoop is**. Voor een normale bevalling (geen keizersnede) betaal je gemiddeld 211 euro in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer en 1175 euro in een eenpersoonskamer. De verschillen tussen de ziekenhuizen zijn groot en voor eenpersoonskamers lijkt elke regio hier een andere trend te volgen (grafiek 9). Het grootste aantal eenpersoonskamers komt voor in Vlaanderen. Deze zijn deze goedkoper dan in Wallonië of Brussel, maar de prijs neemt er wel toe (gemiddeld 1058 euro in 2010, +22 euro). In Wallonië betaal je gemiddeld 1491 euro voor een bevalling in een eenpersoonskamer, wat dan weer 13 euro minder is dan vorig jaar. Brussel, waar de duurste ziekenhuizen zijn, stijgt met 40 euro en evolueert naar gemiddeld 2064 euro.

Grafiek 9: Kost voor de patiënt van een klassieke bevalling: per kamertypes en per regio.



Toch voeren sommige ziekenhuizen een gematigde prijspolitiek. In tabel 4 staan de tien ziekenhuizen met de laagste gemiddelde factuur voor een bevalling in 2010.

Tabel 4: Top-tien goedkoopste ziekenhuizen voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer

Gemeente	Naam van de instelling	Bedrag (euro) ereloon-supplem.	Bedrag (euro) kamer-supplem.	Bedrag (euro) totaal patiënt
Antwerpen	UZ Antwerpen	€ 292	€ 210	€ 757
Dendermonde	AZ St. Blasius	€ 504	€ 96	€ 796
Torhout	St. Rembertziekenhuis	€ 407	€ 142	€ 806
Maaseik	Ziekenhuis Maas en Kempen	€ 479	€ 163	€ 857
Deinze	St. Vincentius Ziekenhuis	€ 584	€ 86	€ 867
Auvelais	CHR du Val de Sambre	€ 480	€ 234	€ 879
Izegem	St. Jozefskliniek	€ 500	€ 133	€ 885
Leuven	UZ KULeuven	€ 308	€ 329	€ 893
Turnhout	AZ Turnhout	€ 577	€ 130	€ 893
Oostende	AZ St. Jan Brugge-Oostende (Campus Henri Serruys)	€ 552	€ 134	€ 923

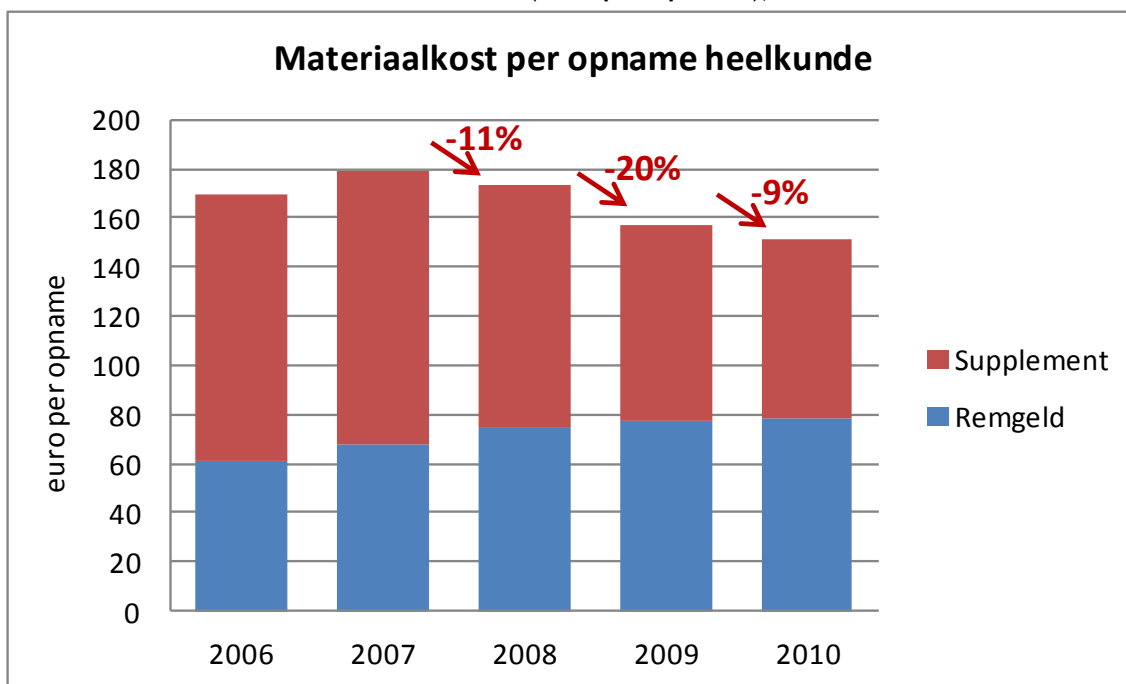
Merk ook op dat het gebruik van **medisch materieel en implantaten** veel meer voor in de dienst heelkunde, waar deze rubrieken 23 procent (of 151 euro) van de kost voor de patiënten uitmaken.

Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen komen minder voor in de pediatrie (10 euro tegenover gemiddeld 30 euro). En het remgeld op de honoraria is het hoogst in de geriatrie (39 euro tegenover gemiddeld 17 euro), omdat de verblijfsduur daar veel langer is dan in de andere diensten.

8. Evolutie van de kost voor medisch materiaal

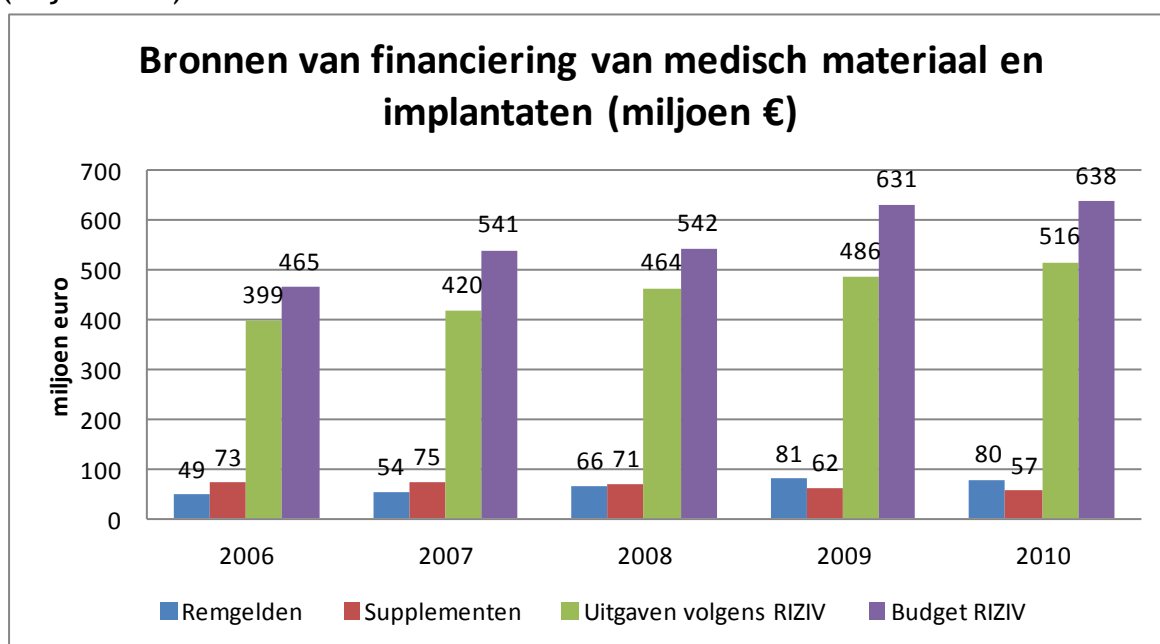
Op 1 februari 2010 werd de terugbetaling verhoogd van invasief medisch materiaal (bijvoorbeeld mini camera's voor kijkoperaties) en viscosynthetisch materiaal (bijvoorbeeld de clips die over een inwendige snede gelegd worden zodat deze terug kan dichtgroeien). In de plaats van 20 procent nam de ziekteverzekering vanaf die datum 45 procent van de kostprijs voor zijn rekening. Dat liet toe de aan de patiënt aangerekende materiaalsupplementen te verminderen en dat is duidelijk zichtbaar in grafiek 10. Het bedrag van de materiaalsupplementen per opname daalde in 2010 met 9 procent.

Grafiek 10: Evolutie van de materiaalkost (euro per opname), dienst heelkunde.



In grafiek 11 valt af te lezen dat de verplichte ziekteverzekering (RIZIV uitgaven) het leeuwendeel van de kost van medisch materiaal en implantaten dekt. De RIZIV-budgetten zijn echter hoger dan de uitgaven. Elk jaar worden immers nieuwe budgetten voorzien voor bijkomende terugbetalingen, maar de goedkeuring van deze nieuwe dossiers liep in het verleden veel vertraging op. Toch blijft het gerechtvaardigd om bijkomende budgetten vrij te maken in de komende jaren. De sector van de implantaten is immers nog in volle expansie, en de kost voor sommige patiënten blijft hoog. In 2012 zal er een nieuwe commissie actief worden waarin universiteiten, ziekenfondsen, zorgverstrekkers en leveranciers van implantaten vertegenwoordigd zullen zijn met als missie nieuwe implantaten en invasieve medische hulpmiddelen te evalueren op hun medische meerwaarde en de terugbetaling ervan snel goed (of af) te keuren met als bedoeling de achtertand in te halen.

Grafiek 11: Evolutie van de bronnen van financiering van medisch materiaal en implantaten (miljoen euro)



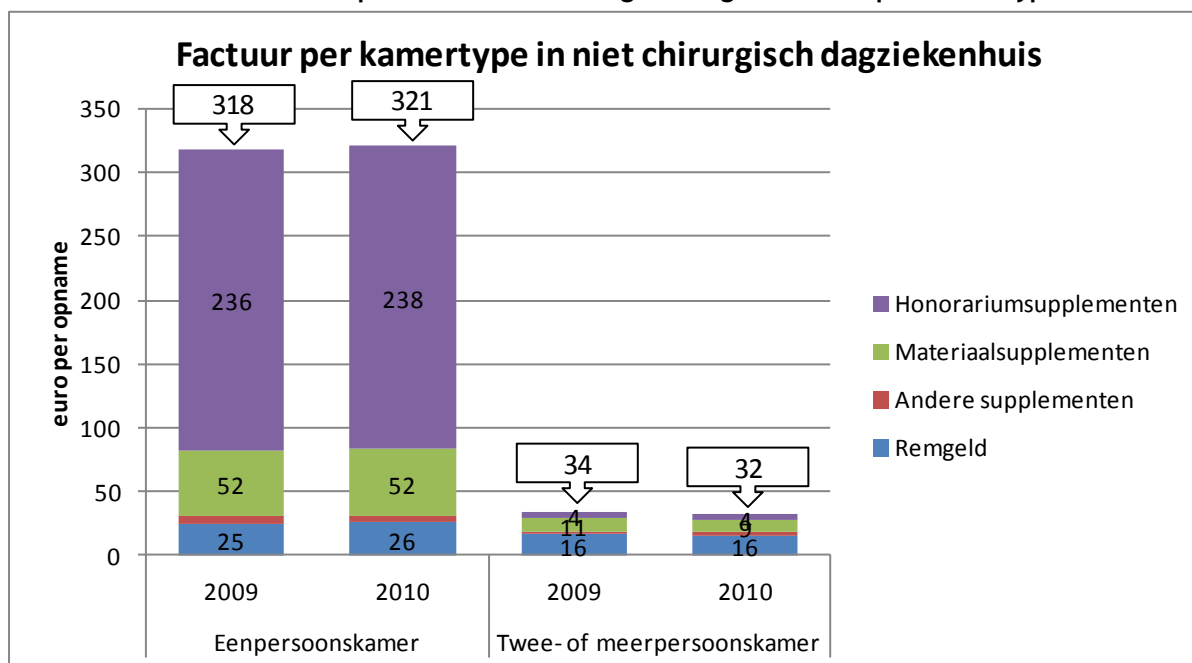
9. Dagziekenhuis

Bij opnames in het dagziekenhuis gaat de patiënt na de ingreep zonder overnachting weer naar huis. Het kan gaan over een nierdialyse, een behandeling voor chronische pijn of een chemotherapie voor de behandeling van kanker (niet-chirurgisch dagziekenhuis) tot een vruchtbaarheidsbehandeling, een kijkoperatie of een orthopedische ingreep.

Sinds 2001 is het aantal opnames in dagziekenhuis hoger dan het aantal klassieke ziekenhuisverblijven. De factuur in het dagziekenhuis ligt een stuk lager dan in het klassieke ziekenhuis. De gemiddelde factuur in 2010 in het niet-chirurgisch dagziekenhuis is 43 euro en in het chirurgisch dagziekenhuis 124 euro.

De trends op vlak van kamertypes en honorariumsupplementen zijn dezelfde. Er is een uitgesproken verschil in prijs wanneer de patiënt na de ingreep een individuele kamer uitrust of in een gemeenschappelijke. Zo is de gemiddelde prijs voor een niet-chirurgische ingreep in het dagziekenhuis 32 euro in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer, maar ruim het tienvoud (!) in een eenpersoonskamer, namelijk 321 euro.

Grafiek 12: Factuur voor de patiënt in niet chirurgisch dagziekenhuis per kamertype



Tenslotte blijft het aandeel van de supplementen in de factuur in het dagziekenhuis een stuk hoger dan in het klassiek ziekenhuis. Supplementen vertegenwoordigen gemiddeld 92 procent van de factuur in niet-chirurgisch dagziekenhuis in eenpersoonskamers en 50 procent in tweepersoonskamers. In het klassiek ziekenhuis is dat respectievelijk: 84 procent en 36 procent.

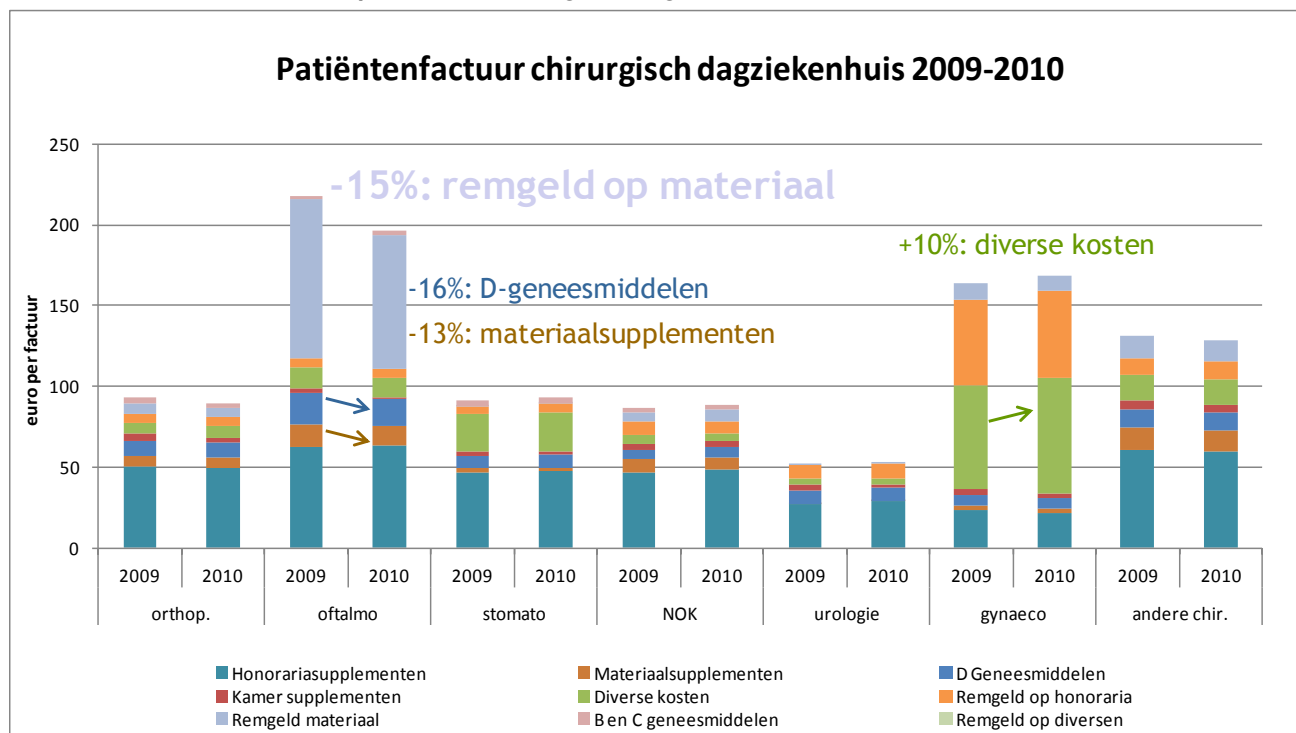
In 2010 stellen we opvallende wijzigingen vast voor specifieke groepen van aandoeningen (zie grafieken 13 en 14).

In de oogheelkunde werd de factuur voor de patiënt 22 euro goedkoper dankzij een daling van de kost van materiaal (remgeld -15 procent en supplementen -13 procent) en een daling van de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (-16 procent). Dit is het gevolg van het integreren van de kost van bepaalde materialen in het forfait dat door de ziekteverzekering gedekt wordt. Het betreft onder andere de medische zoutoplossingen (*BSS, balanced salt solutions*) gebruikt voor het vochtig houden tijdens oogoperaties.

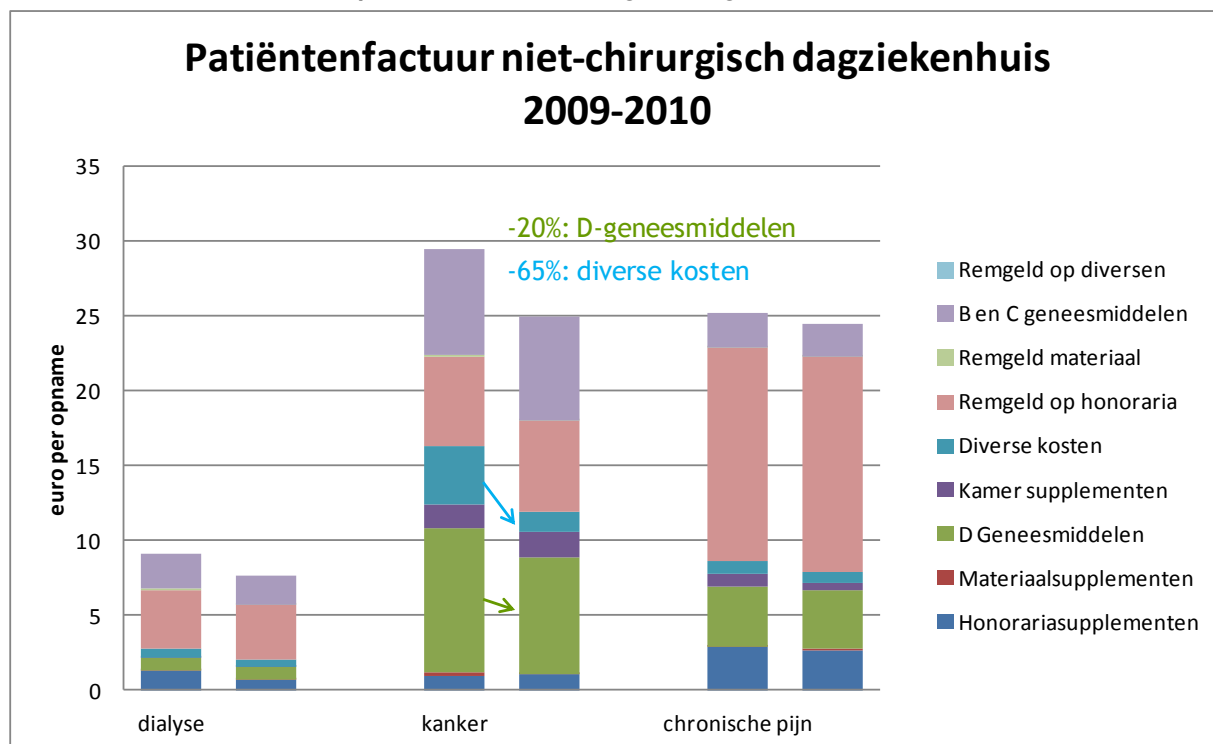
Gynaecologische ingrepen in dagziekenhuizen worden dan weer iets duurder door een toename van de 'diverse kosten' (+10 procent). Wellicht liggen nog niet-terugbetaalde nieuwe materialen hiervan aan de basis. Voorbeelden van gynaecologische ingrepen in het dagziekenhuis zijn het weghalen van poliepen of een vleesboom in de baarmoeder, het wegnemen van een eierstok of het baarmoederslijmvlies.

Bij **oncologische ingrepen** wordt de factuur voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen lager. Voor de patiënt wordt de rekening echter niet noodzakelijk kleiner. Deze wordt immers steeds vaker gevraagd zijn/haar geneesmiddelen zelf bij de apotheker te gaan kopen.

Grafiek 13: Factuur voor de patiënt in chirurgisch dagziekenhuis in 2009 en 2010



Grafiek 14: Factuur voor de patiënt in niet-chirurgisch dagziekenhuis in 2009 en 2010

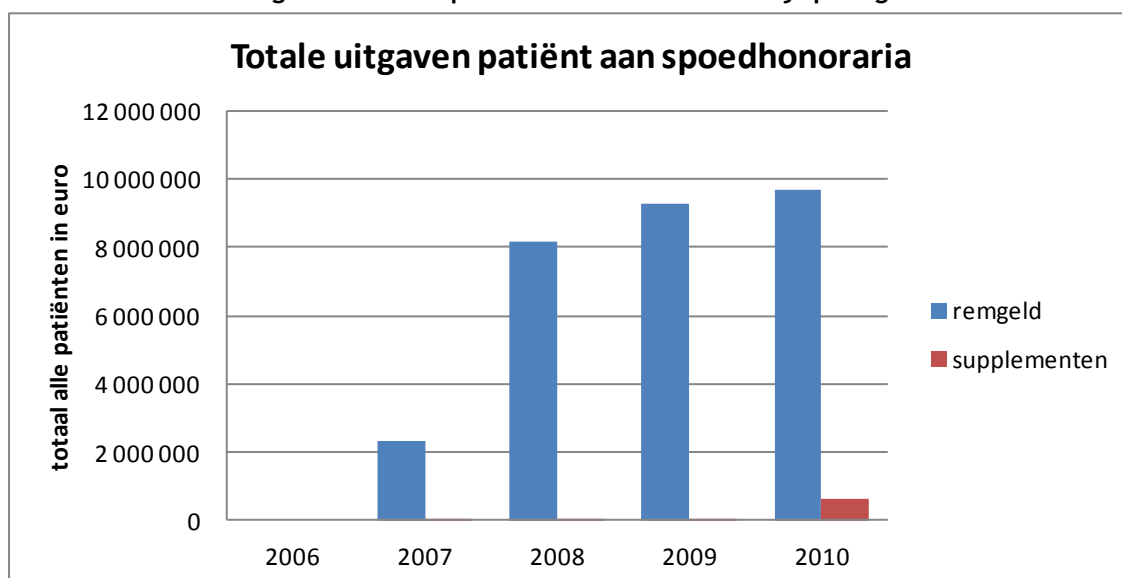


10. Remgeld bij spoed en supplementen op toezicht

In heel wat ziekenhuizen wordt de spoedgevallendienst overspoeld en zijn de artsen gespecialiseerd in urgentiegeneeskunde schaars. Het remgeld bij spoedraadpleging werd verhoogd met de bedoeling patiënten te ontmoedigen zich (in minder urgente gevallen) naar de spoed te begeven en

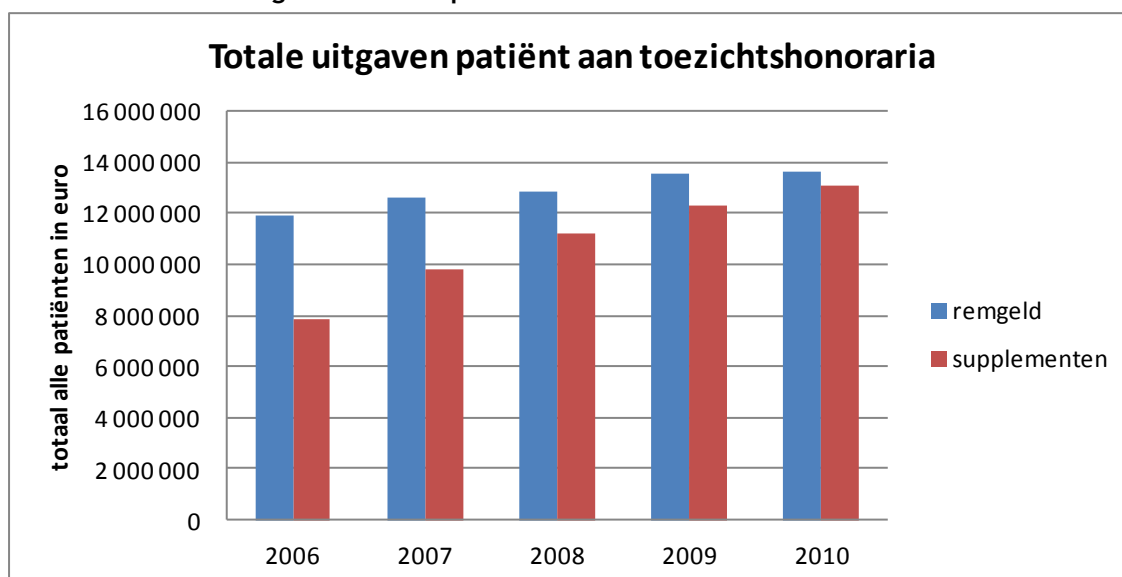
tegelijk de honoraria bij spoedgevallen te verhogen. Voor de ziekenhuizen (spoedartsen) betekent dit geheel van remgeld inmiddels een belangrijkere bron van inkomsten. Dit is te zien op grafiek 15.

Grafiek 15: Totale uitgaven van CM-patiënten aan honoraria bij spoedgevallen



Net als op de honoraria voor de behandelende geneesheer stijgen ook de supplementen op honoraria voor de toezicht. Daar waar deze rubriek in 1998 nog slechts 1 procent uitmaakte van de patiëntenfactuur vertegenwoordigt deze kost nu 4 procent van de patiëntenfactuur. Grafiek 16 visualiseert deze evolutie. De rode kolommen staan voor de supplementen.

Grafiek 16: Totale uitgaven van CM-patiënten voor toezichtshonoraria



Bijlage 1 : Overzichtstabellen van de gemiddelde kost voor de patiënt

Kosten per opname ten laste van de gehospitaliseerde patiënt

Klassieke opnames in de algemene ziekenhuizen - Gegevens CM - 2010

	Gemiddelde bedragen (in euro)										Index 1998 2010	Groei 2009-2010	Spreading 1998 2010
	1998	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010				
1. De vaste kosten - die niet van de verblijfsduur afhangen													
Honorariumsupplementen	61	121	124	132	140	146	156	160	100	261	18%	32%	
Forfaitaire honorariumsupplementen	1	0,5	0,33	0,35	0,02	0,02	0,06	0,04	100	7	0%	0%	
Materiaalsupplementen	29	59	61	45	46	40	33	30	100	103	9%	6%	
D-geneesmiddelen	27	30	30	30	30	30	30	31	100	111	8%	6%	
Diverse supplementen	31	37	37	35	35	30	34	33	100	106	9%	7%	
Totaal van de supplementen	149	248	252	242	251	247	253	254	100	170	45%	50%	
Remgeld (RG) op de forfaitaire honoraria	14	17	17	17	17	17	17	17	100	117	4%	3%	
RG op de honoraria	13	16	17	16	17	17	17	17	100	135	4%	3%	
RG op het materiaal	0	10	12	30	33	36	37	38	-	-	0%	7%	
Totaal remgeld	27	43	46	64	68	70	71	72	100	264	8%	14%	
Totaal vaste kosten	176	291	298	306	319	317	324	325	100	185	53%	64%	
2. De variabele kosten - die afhangen van de verblijfsduur													
De kamersupplementen	60	75	76	72	66	65	62	53	100	88	18%	10%	
De supplementen op de toezichtshonoraria	4	10	11	12	13	14	17	18	100	466	1%	4%	
Totaal van de supplementen	64	85	87	83	79	79	80	71	100	110	19%	14%	
Remgeld op de verpleegdagprijs	82	86	88	89	91	92	93	92	100	113	24%	18%	
0,62€ RG/dag voor terug.geneesmiddelen	1,2	5,1	5,2	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8	100	388	0%	1%	
RG toezichtshonoraria	11	13	13	13	14	14	15	15	100	130	3%	3%	
Totaal remgeld	94	104	107	108	110	111	113	111	100	118	28%	22%	
Totaal variabele kosten	158	189	194	191	189	190	193	182	100	115	47%	36%	
Totaal RG	121	147	153	171	177	181	184	183	100	151	36%	36%	
Totaal supplementen	213	332	339	325	330	326	332	324	100	152	64%	64%	
Totaal ten laste van de patiënt per opname	334	479	492	496	508	507	517	507	100	152	100%	100%	
Totaal ten laste van de patiënt (zonder inflatie, basis 1998)													
	334	432	434	431	433	415	419	406	100	121		-3%	

Kosten ten laste van de patiënt - Per kamertype

Klassieke opnames in de algemene ziekenhuizen - Gegevens LCM 2010 - versie 09/11 -

	2009		2010		Groet 09-10		Spreiding 2009		Spreiding 2010			
	Gemiddelde bedragen in € per opname				1 bed		2 bedden en gemeens.		1 bed		2 bedden en gemeens.	
	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.
Spreiding van opnames	23%	77%	23%	77%								
	165.330	545.329	166.554	544.159								
1. De vaste kosten - die niet van de verblijfsduur afhangen												
Honorariumsupplementen	628	13	643	13	2%	-3%	51%	4%	51%	5%	5%	
Forfaitaire honorariumsupplementen	0,3	0,0	0,2	0,0			0%	0%	0%	0%	0%	
Materialiaalsupplementen	36	31	32	29	-11%	-7%	3%	10%	3%	10%	10%	
D-geneesmiddelen	34	29	34	30	1%	2%	3%	10%	3%	10%	10%	
Diverse supplementen	46	31	44	30	-5%	-2%	4%	10%	3%	11%	11%	
Totaal van de supplementen	744	104	753	101	1%	-2%	60%	35%	60%	36%	36%	
Remgeld (RG) op de forfaitaire honoraria	21	16	21	16	-1%	-1%	2%	5%	2%	6%	6%	
RG op de honoraria	19	17	18	17	-3%	0%	2%	6%	1%	6%	6%	
RG op het materiaal	39	36	39	37	0%	3%	3%	12%	3%	13%	13%	
Totaal remgeld	79	69	78	70	-1%	1%	6%	23%	6%	25%	25%	
Totaal vaste kosten	822	173	831	171	1%	-1%	66%	58%	66%	61%	61%	
2. De variabele kosten - die afhangen van de verblijfsduur												
De kamersupplementen	223	14	226	0	2%		18%	5%	18%	0%	0%	
De supplementen op de toezichtshonoraria	71	1	75	0	6%		6%	0%	6%	0%	0%	
Totaal van de supplementen	294	15	302	0	3%		24%	5%	24%	0%	0%	
Remgeld op de verpleegdagprijs	101	91	98	90	-3%	-1%	8%	31%	8%	32%	32%	
0,62€ RG/dag voor terug.geneesmiddelen	4	5	4	5	-3%	0%	0%	2%	0%	2%	2%	
RG toezichtshonoraria	16	14	16	14	-2%	-1%	1%	5%	1%	5%	5%	
Totaal remgeld	121	111	118	110	-3%	-1%	10%	37%	9%	39%	39%	
Totaal variabele kosten	415	126	419	110	1%	-12%	34%	42%	34%	39%	39%	
Totaal RG	200	180	196	180	-2%	0%	16%	60%	16%	64%	64%	
Totaal supplementen	1.037	119	1.054	102	2%	-14%	84%	40%	84%	36%	36%	
Totaal ten laste van de patiënt	1.237	299	1.250	282	1%	-6%	100%	100%	100%	100%	100%	

Kosten ten laste van de patiënt - Per dienst

Klassieke opnamen in de algemene ziekenhuizen - Gegevens LCM 2010 - versie 09/11 -

	2009				2010					
	heelkunde	inwendige	pediatrie	materniteit geriatrie	heelkunde	inwendige	pediatrie	materniteit geriatrie		
Spreiding van opnames	254 240	229 932	56 234	52 518	34 461	254 485	227 443	55 407	52 924	35 505
1. De vaste kosten - die niet van de verblijfsduur afhangen										
Supplementen	264	46	43	466	22	268	52	47	466	22
Honorariumsupplementen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Forfaitaire honorariumsupplementen	80	1	6	0	3	73	2	7	0	2
Materiaalsupplementen	33	16	9	37	37	33	16	10	38	37
D-geneesmiddelen	41	16	43	42	31	38	15	43	41	33
Diverse supplementen	418	79	101	545	93	412	85	108	546	94
Totaal van de supplementen										
Remgeld	18	16	20	22	9	18	16	20	21	9
Remgeld (RG) op de forfaitaire honoraria	14	11	8	16	40	13	11	8	16	39
RG op de honoraria	77	16	6	0	6	78	16	6	0	6
RG op het materiaal	109	43	35	39	55	110	43	34	37	55
Totaal remgeld										
Totaal vaste kosten	527	122	136	584	148	522	128	142	583	149
2. De variabele kosten - die afhangen van de verblijfsduur										
Supplem.	61	37	7	173	66	48	30	4	174	49
De kamersupplementen	7	11	43	59	22	7	12	46	62	23
De supplementen op de toezichtshonoraria	68	49	50	232	88	55	42	50	235	72
Totaal van de supplementen										
Remgeld	76	74	36	89	163	74	72	36	87	160
Remgeld op de verpleegdagprijzen	3	4	2	3	11	3	4	2	3	11
0,62€ RG/dag voor terug.geneesmiddelen	8	13	12	12	33	8	13	12	12	33
RG toezichtshonoraria	87	90	50	103	207	85	88	49	102	203
Totaal remgeld										
Totaal variabele kosten	154	139	101	336	295	140	130	99	337	276
Totaal RG	196	133	85	142	262	195	131	83	140	258
Totaal supplementen	485	128	151	777	181	467	127	158	781	167
Totaal patiënt	681	261	236	919	444	662	258	241	921	425
Gemiddelde verblijfsduur	5	6	3	5	19	5	6	3	5	19
Kamersupplement per opname	13	7	2	33	4	10	5	1	34	3

Kosten per ziekenhuisopname ten laste van de patiënt

Daghospitalisaties in algemene ziekenhuizen - LCM gegevens 2010 - versie 08/2011

		Gemiddelde bedragen		Spreiding	Gemiddelde bedragen		Spreiding	
		2009	2010		1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.
<u>Chirurgisch dagziekenhuis</u>								
		209 779	210 721		13 636	197 085	6%	94%
Supplementen	Honorariasupplementen	52	52	42%	441	25	79%	26%
	Materiaalsupplementen	9	8	6%	12	8	2%	8%
	D-Genesmiddelen	11	11	9%	11	11	2%	11%
	Kamersupplementen	4	3	2%	41	0	7%	0%
	Diverse kosten	14	15	12%	18	15	3%	15%
	Totaal supplementen	89	88	70%	523	58	94%	61%
RG	Remgeld op honoraria	8	8	7%	10	8	2%	9%
	Remgeld materiaal	29	25	20%	19	26	3%	27%
	B en C genesmiddelen	3	3	2%	4	3	1%	3%
	Remgeld op diversen	0	0	0%	0	0	0%	0%
	Totaal remgeld	40	37	30%	33	37	6%	39%
Totaal ten laste van patiënt		130	124	100%	556	95	100%	100%

Kosten per ziekenhuisopname ten laste van de patiënt

Daghospitalisaties in algemene ziekenhuizen - LCM gegevens 2010 - versie 08/2011

		Gemiddelde bedragen		Spreiding	Gemiddelde bedragen		Spreiding	
		2009	2010		1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.
<u>Niet chirurgisch dagziekenhuis</u>								
Aantal opnames		531 358	552 397		21 831	530 566	4%	96%
Supplementen	Honorariasupplementen	13	13	31%	238	4	74%	13%
	Materiaalsupplementen	3	2	5%	5	2	2%	7%
	D-Genesmiddelen	6	5	12%	7	5	2%	16%
	Kamersupplementen	2	2	4%	38	0	12%	0%
	Diverse kosten	5	4	10%	6	4	2%	14%
	Totaal supplementen	28	27	62%	296	16	92%	50%
RG	Remgeld op honoraria	10	10	23%	13	10	4%	31%
	Remgeld materiaal	3	3	7%	9	3	3%	9%
	B en C genesmiddelen	3	3	8%	4	3	1%	10%
	Remgeld op diversen	0	0	0%	0	0	0%	0%
	Totaal remgeld	16	16	38%	26	16	8%	50%
Totaal ten laste van patiënt		45	43	100%	321	32	100%	100%

Bijlage 2: Methodologie

De zesde jaarlijkse barometer van de ziekenhuisfacturen werkt met facturatiegegevens van meer dan een miljoen ziekenhuisopnames van CM-leden in 2010. De ziekenhuizen werden geruime tijd vooraf geïnformeerd en kregen de kans om op hun eigen resultaten te reageren. Een groot aantal ziekenhuizen grepen de gelegenheid om een aantal onduidelijkheden in de factuur uit te klaren.

Het onderzoek gebeurde op basis van opnames met overnachting (klassieke hospitalisatie) en zonder overnachting (in dagziekenhuis). Uitzonderlijke lange of extreem dure opnames zijn weggefilterd. Voor het klassiek ziekenhuis weerhouden we bovendien enkel de opnames die in één enkele dienst plaatsvonden. Bij het weergeven van de tarieven maken we onderscheid tussen de verschillende diensten en kamertypes.

Klassieke hospitalisatie

- ✓ Vijf geselecteerde diensten
 - dienst 21 - heekunde
 - dienst 22 - inwendige geneeskunde
 - dienst 23 - pediatrie
 - dienst 26 - verloskunde
 - dienst 30 - geriatrie en revalidatie

NB: Opnames in inwendige geneeskunde die duidelijk een (therapeutische) chirurgische ingreep omvatten werden getransfereerd naar de dienst heekunde. Het betrof 5,3 procent van alle opnames in inwendige geneeskunde.

- ✓ Vier kamertypes
 - gemeenschappelijke kamers
 - tweepersoonskamers, zonder supplement (bv : beschermde patiënten)
 - tweepersoonskamers, met supplementen
 - eenpersoonskamers

Om het kamertype te bepalen, baseerden wij ons op de magneetbandcodes: verstrekkingen die door de forfaitaire verpleegdagprijs gedekt zijn of hoofdverstrekkingen. Deze magneetbandcodes zijn: 761600 voor een gemeenschappelijke kamer, 761622 voor een tweepersoonskamer, 761644 voor een individuele kamer. De codes voor verstrekkingen die door de verpleegdagprijs gedekt zijn, werden beduidend meer aangetroffen dan een eventuele facturatie van een kamersupplement bovenop een hoofdverstrekking.

- ✓ Indien wij code 761644 aantreffen, beschouwen wij dit als een verblijf in een 1-persoonskamer.
- ✓ Indien wij geen enkele code 761644 maar wel code 761622 aantreffen, dan beschouwen wij dit als een verblijf in een 2-persoonskamer (met al dan niet ereloon-supplementen).
- ✓ Indien wij geen code 761644 of 761622 maar wel code 761600 aantreffen, dan beschouwen wij dit als een verblijf in een gemeenschappelijke kamer.
- ✓ Ten slotte, indien wij geen van de 3 vermelde codes terugvinden, nemen wij het verblijf niet in onze analyse op.

De analyses werden gemaakt voor **20 strata** (vijf diensten en vier kamertypes)

Dagziekenhuis

- ✓ Chirurgisch dagziekenhuis : 6+1 geselecteerde behandelingen
 - Orthopedische ingreep

- Oftalmologische ingreep
 - Stomatologische ingreep
 - Ingreep door neus-keel-oorarts
 - Urologische ingreep
 - Gynaecologische ingreep
 - Heelkundige ingreep in een ander specialisme
- ✓ Niet-chirurgisch dagziekenhuis: 3+1 geselecteerde behandelingen. Het niet-chirurgisch dagziekenhuis omvat een reeks ingrepen die onderling sterk van elkaar verschillen. De vergoeding gebeurt ook niet volgens pathologie of prestatie maar volgens de gemiddelde kost met verschillende forfaits. Met de beschikbare informatie konden wij toch volgende behandelingen onderscheiden :
- Nierdialyse
 - Behandeling bij kanker: onco- en chemotherapie
 - Behandeling voor chronische pijn
 - Alle andere behandelingen in dagziekenhuis. Hier zitten dus de zogenaamde ‘maxiforfaits’, de oude forfaits A, B, C en D en de nieuwe forfaits 1 tot en met 7.

Opgelet, geen enkele opname vergoed als ‘miniforfait’ werd in onze studie opgenomen. De aard van deze opnames is immers veel te heterogeen voor een zinvolle analyse.

- ✓ Twee kamertypes
 - Gemeenschappelijke kamers en tweepersoonskamers
 - Eenpersoonskamers

De analyses werden gemaakt voor **14 strata** (zeven behandelingen en twee kamertypes) voor de chirurgisch dagziekenhuis en voor **8 strata** (vier behandelingen en twee kamertypes) voor de niet-chirurgisch dagziekenhuis.

Berekende gegevens 2010

Voor elk stratum berekenden we het gemiddelde voor de verschillende rubrieken van de patiëntenfactuur en voor elk ziekenhuis. Tenminste indien er voor dat stratum en ziekenhuis minstens 10 opnames plaatsvonden.

- ✓ **Honorariumsupplementen** (in procent van RIZIV-bedrag)
- ✓ **Materiaalsupplementen** (in procent van RIZIV-bedrag voor klassieke hospitalisatie en in euro voor dagziekenhuis)
- ✓ **Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen** voor klassieke hospitalisatie en alle geneesmiddelen voor dagziekenhuis (in euro)
- ✓ **Diverse kosten** (codes 960xxx (960083 inbegrepen) behalve 960245, niet-vergoedbare implantaten) (in euro)
- ✓ **Kamersupplementen per dag** (in euro)

En gemiddelde bedragen in euro van:

- ✓ **Remgeld**
- ✓ **Supplementen**
- ✓ **Totale patiëntenfactuur**

‘In procent van Riziv bedrag’ betekent dat we de verhouding nemen van het gevraagde supplement gedeeld door de som van het terugbetaalde bedrag en het remgeld. Op die manier houden we

rekening met de zwaarte van de ingreep, aan de hand van de officiële tarieven, en worden honorarium- en kamersupplementen vergelijkbaar.

Bijvoorbeeld: het gevraagde supplement bij een operatie bedraagt 250 euro en het officiële tarief bedraagt ook 250 euro, dan betekent dit een supplement van 100 procent. Eenzelfde supplement bij een ingreep van (officieel) 1000 euro staat voor slechts 25 procent supplement.

De andere rubrieken worden weergegeven als gemiddelde kost in euro per opname of per dag.

Alle bedragen in deze studie zijn nominaal weergegeven. In de vergelijkingen over de jaren heen zit dus ook een inflatie-effect. De vermelde variatie door groei of daling is echter groter dan dit inflatie-effect.

Bijlage 3: Ereloossupplementen, wettelijk toegestaan?

Of een arts al dan niet ereloossupplementen mag aanrekenen, hangt af van zijn statuut en van de kamerkeuze. In universitaire ziekenhuizen is het verbod ruimer. Zij mogen aan patiënten opgenomen in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer nooit ereloossupplementen aanrekenen.

Algemeen principe

	Geconventioneerde arts	Niet-geconventioneerde arts
Gemeenschappelijke kamer Tweepersoonskamer	Ereloossupplementen verboden	Ereloossupplementen toegelaten, behalve: <ul style="list-style-type: none"> • voor personen met de verhoogde tegemoetkoming (en hun personen ten laste); • voor personen die erkend zijn als chronisch ziek; • voor patiënten met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal; • voor patiënten die een palliatieve tegemoetkoming ontvangen of opgenomen zijn in een palliatieve afdeling van het ziekenhuis; • bij opname in een tweepersoonskamer omwille van dienstnoodwendigheden; • bij opname in een tweepersoonskamer omdat er geen gemeenschappelijke kamer beschikbaar is; • bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg. • bij opname van een kind met een begeleidende ouder.
Eenpersoonskamer	Ereloossupplementen toegelaten, behalve: <ul style="list-style-type: none"> • indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; • bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; • bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; • bij opname van een kind met een begeleidende ouder en indien de ouder geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk een eenpersoonskamer wordt gevraagd. 	Ereloossupplementen toegelaten, behalve: <ul style="list-style-type: none"> • indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; • bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; • bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; • bij opname van een kind met een begeleidende ouder en indien de ouder geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk een eenpersoonskamer wordt gevraagd.

Universitaire ziekenhuizen

Universitaire ziekenhuizen krijgen van de overheid een extra budget onder meer voor onderwijs en onderzoek. De voorwaarde voor deze financiering is dat zij de conventietarieven toepassen voor alle artsen. Dit heeft als gevolg dat aan patiënten in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer geen ereloonsupplementen mogen worden gevraagd.