

CM ziekenhuisbarometer 2016

Fabienne van Sloten (R&D) & Muriel Wantier (MC Assure)

Samenvatting

Recent publiceerden we de nieuwste editie van de ziekenhuisbarometer waarin we de facturen van 2015 analyseerden. We zien voornamelijk dat de totale massa ereloonsupplementen opnieuw gestegen is en dat meerdere ziekenhuizen hun maximale plafonds ereloonsupplementen hebben opgetrokken. Ook andere actuele tendensen in het ziekenhuislandschap vertalen zich stapsgewijs in de ziekenhuisfactuur en naar de patiënt. Dit artikel voorziet een samenvatting van de studie en enkele bijkomende commentaren, maar herneemt niet de volledige studie zoals gepubliceerd op onze website.¹

Sleutelwoorden: Ziekenhuizen, factuur, patiënt, kosten, toegankelijkheid

1. Opzet en context van de studie

Zoals de voorbije twaalf jaar publiceerde CM ook eind 2016 een analyse van de patiëntenfactuur in het ziekenhuis. We baseren ons hierbij op de resultaten van de ongeveer 1,4 miljoen facturen die we gedurende 2015 hebben ontvangen.

Met deze analyse beogen we een betere financiële bescherming van de patiënt bij een ziekenhuisopname. Hiertoe bestuderen we de trends in de verschillende kostencategorieën ten laste van de patiënt en formuleren we een reeks aanbevelingen ten aanzien van de beleidsmakers en tips voor de patiënt. In onze studie geven we de globale resultaten van de sector weer en de top-10 lijsten met de duurste en goedkoopste ziekenhuizen. Op onze website vindt u ook een module met mediane resultaten per ziekenhuis en per dienst.²

België heeft een moderne gezondheidszorg en een vooruitstrevende ziekteverzekering. Toch blijken er zowel wat de patiëntenfactuur als wat de zorgkwaliteit betreft, grote verschillen te bestaan tussen de ziekenhuizen. De pathologie of andere specifieke kenmerken van de patiënt kunnen deze verschillen niet verklaren. Wat betreft de patiëntenfactuur zijn de verschillen voornamelijk het gevolg van een verschillend beleid per ziekenhuis inzake kamer- en ereloonsupplementen. De ziekenhuisbarometer spreekt zich echter niet uit over de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen of de verhouding tussen

prijs en kwaliteit. Het onderzoek gaat enkel over de financiële toegankelijkheid van een ziekenhuisverblijf. Er bestaan reeds verschillende studies van CM, het Intermutualistisch Agentschap en andere organisaties waarin er naar gestreefd wordt de kwaliteit in de ziekenhuizen te meten en waar mogelijk te vergelijken. Kwaliteitsmeting wordt naar de toekomst toe een steeds belangrijker aspect van onze werking als 'gezondheidsfonds'. We moeten onze leden over verschillende aspecten in de gezondheidszorg kunnen informeren en doorheen het gezondheidszorglandschap kunnen gidsen.

De afschaffing van de ereloonsupplementen op medische prestaties in tweepersoonskamers en meerpersoonskamers (hierna 'gemeenschappelijke kamer(s)') in het dagziekenhuis vanaf 27 augustus 2015 vormt bij uitstek de belangrijkste evolutie voor de patiëntenfactuur in het ziekenhuis. Een ziekenhuisarts kan dus enkel ereloonsupplementen aanrekenen wanneer de patiënt voor een eenpersoonskamer kiest.

Minister De Block heeft aangekondigd dat ze in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering komaf wil maken met ereloonsupplementen. Dit wordt echter een moeilijke opgave in het huidige kader van besparingen, waarin de artsen en ziekenhuizen reeds een reeks inspanningen opgelegd worden. De ereloonsupplementen maken immers een aanzienlijk aandeel uit van de financiering van de ziekenhuizen en de artsen. Hierbij noteren we in de kantlijn dat de druk die voortkomt uit de financieringsnoden zowel het gevolg kan zijn

¹ www.cm.be/actueel/onderzoeken/ziekenhuisbarometer-2016/index.jsp

² www.cm.be/wat-te-doen-bij/hospitalisatie/opname/vergelijking-ziekenhuistarieven/index.jsp

van de onderfinanciering en suboptimale verdelingsregels van de beschikbare middelen als van een (soms buitensporige) drang tot investering en aanbouditbouw.

Het al dan niet opzeggen van het Medicomut-akkoord³, zoals aangekondigd in de media, heeft geen directe invloed op de ereloonsupplementen boven de tarieven bij een ziekenhuisopname. Deze supplementen bij opname zijn immers onderworpen aan een in de wet verankerde regelgeving. Het heeft echter wel een invloed op de ambulante zorg die vaak aan een opname vooraf gaat, zoals de raadpleging, en waar de patiënt na opname eventueel verder wordt opgevolgd. De Verzekeringsinstellingen weten onvoldoende wat er bovenop de wettelijke tarieven in de ambulante zorg werkelijk wordt aangerekend. Door dit gebrek aan transparantie in de ambulante zorg, bestaat er inzake de toegankelijkheid tot deze zorg geen overzicht voor de pijnpunten en evoluties.

2. Beknopt overzicht van de gehanteerde methodologie

De CM barometer is een jaarlijkse studie waarin we onze ziekenhuisfacturen van het voorgaande jaar analyseren. De ziekenhuizen ontvangen voorafgaand aan de publicatie hun individuele resultaten en krijgen de kans te reageren en de nodige correcties aan te brengen. Aan de hand van hun opmerkingen trachten we ook steeds onze methodologie verder op punt te stellen om tot een zo correct mogelijke meting van de gaande evoluties te komen.

Het onderzoek gebeurde op basis van opnames met overnachting (klassieke hospitalisatie) en zonder overnachting (in dagziekenhuis) in 2015. Uitzonderlijke lange of extreem dure opnames zijn weggefilterd. Voor het klassiek ziekenhuis weerhouden we bovendien enkel de opnames die in één enkele dienst plaatsvonden (opname en ontslag in dezelfde dienst). Bij het weergeven van de tarieven maken we onderscheid tussen de verschillende diensten en kamertypes.

Voor elke geselecteerde dienst of geselecteerde behandeling berekenen we per kamertype het gemiddelde voor de verschillende rubrieken van de patiëntenfactuur en voor elk ziekenhuis:

- **Ereloonsupplementen** in procent van het officieel tarief (zie hieronder)
- **Materiaalsupplementen** in procent van het officieel tarief (zie hieronder) voor klassieke hospitalisatie en in euro voor het dagziekenhuis
- **Niet-terugbetaalde geneesmiddelen** voor klassieke hospi-

talitatie en alle geneesmiddelen voor het dagziekenhuis (in euro)

- **Diverse kosten:** MUG-vervoerskosten en codes 960xxx (960083, niet-terugbetaalde prestaties, inbegrepen) behalve 960245, niet-vergoedbare implantaten (in euro)
- **Kamersupplementen** in euro per dag

We geven echter alleen de gemiddelde waarden van een ziekenhuis voor een bepaald stratum (een combinatie van een dienst of behandeling en kamertype) indien er voor dat ziekenhuis minsten 10 opnames in onze datagegevens geregistreerd werden, die passen in het betrokken stratum.

‘In procent van het officieel tarief’ 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) 1.000 euro staat voor slechts 25 procent supplement.

Onze resultaten per ziekenhuis tonen ook de volgende gemiddelde bedragen in euro:

- Remgeld
- Supplementen
- Totale patiëntenfactuur
- Alle bedragen in deze studie zijn weergegeven in reële termen. De vermelde variatie door groei of daling is dus reëel en niet het gevolg van inflatie.

3. Resultaten CM barometer 2016

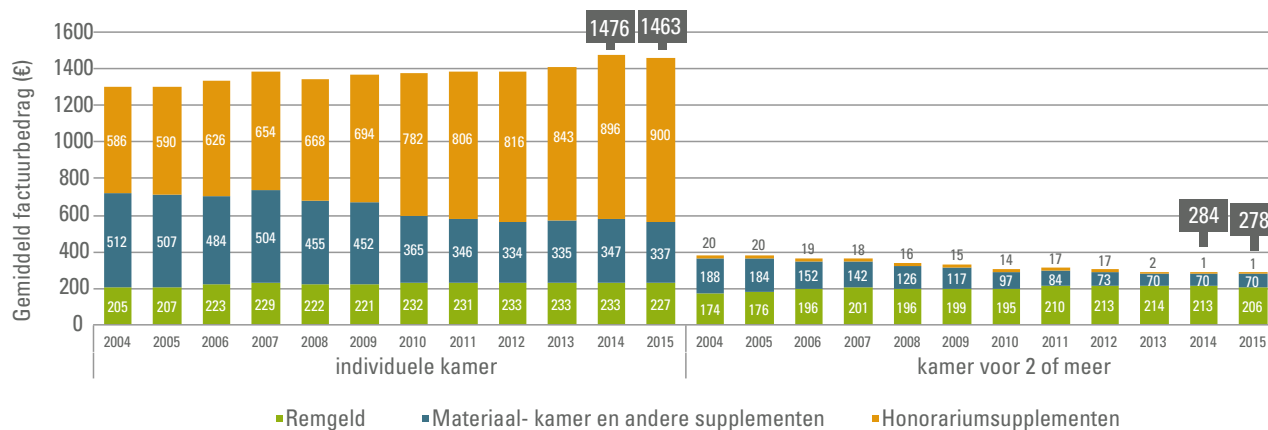
3.1. Gemiddelde factuur

De klassieke hospitalisatie

- De gemiddelde factuur voor een klassieke opname (alle kamers) werd 1% goedkoper en staat in 2015 op een gemiddeld bedrag van 555 euro.
 - Een eenpersoonskamer werd in 2015 eveneens 1% goedkoper. Deze gemiddelde factuur daalde van 1.476 euro in 2014 tot 1.463 euro in 2015.
 - De gemeenschappelijke kamers werden in 2015 2% goedkoper. De gemiddelde factuur daalde van 284 euro in 2014 tot 278 euro in 2015.

3 De Medicomut is een afkorting voor de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Hier wordt jaarlijks of tweejaarlijks een akkoord opgesteld als kader voor de tarieven en samenwerking.

Figuur 1: Evolutie van de gemiddelde patiëntenfactuur bij een opname met overnachting, per kamertype, 2015



- Het verschil tussen een eenpersoonskamer en een gemeenschappelijke kamer bedraagt aldus een vijfvoud.

In figuur 1 zien we de evolutie van de factuur bij opname met overnachting sinds 2004. Terwijl de gemeenschappelijke kamer goedkoper is geworden, is de factuur voor een eenpersoonskamer doorheen de jaren gestegen. De lichte daling in 2015 van de gemiddelde factuur van de eenpersoonskamer kan mogelijk verklaard worden door de kortere ligduur van patiënten in het ziekenhuis, maar maakt geen tendens uit zolang deze niet is bevestigd door volgende edities van de CM barometer.

De kloof tussen de gemiddelde factuur van de verschillende kamertypes wordt in grote mate beïnvloed door de kamer- en ereloonsupplementen, die we in de volgende punten bespreken.

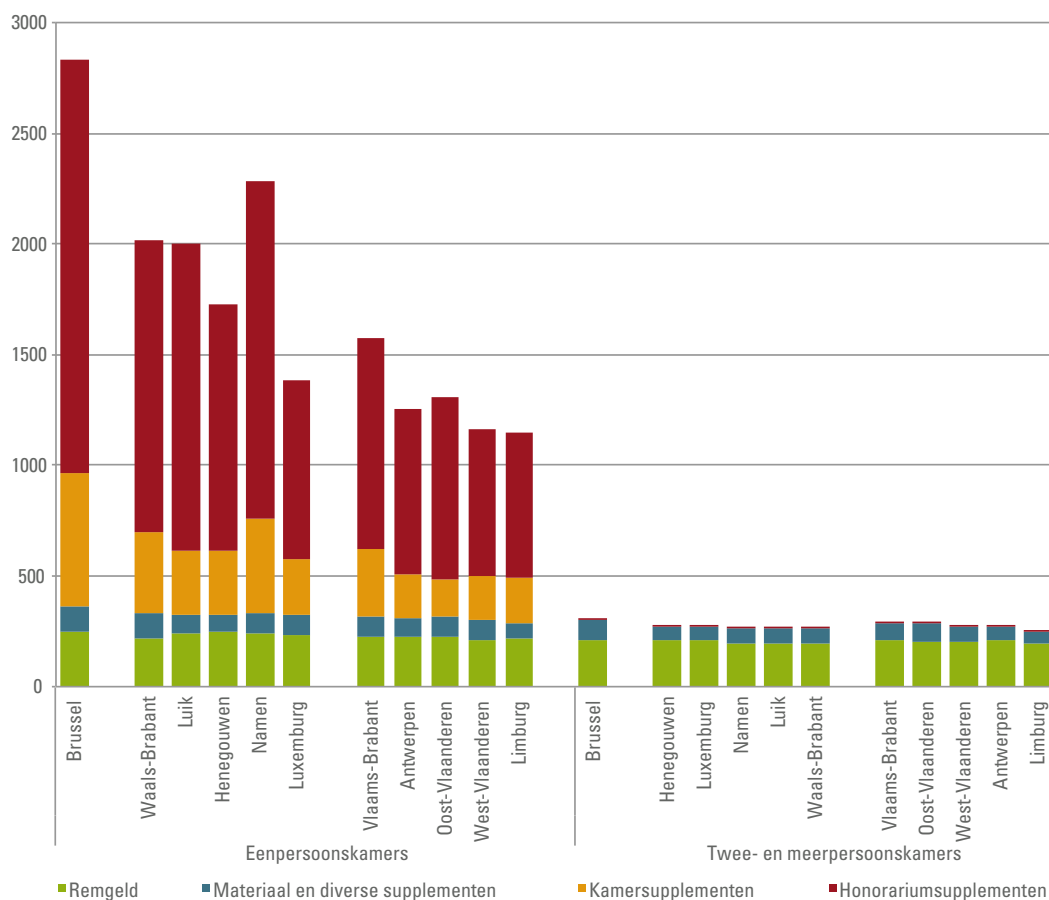
We merken grote verschillen op tussen de gemiddelde facturen voor een ziekenhuisopname met overnachting in de verschillende provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Met name Brussel steekt ver boven de andere provincies uit. Terwijl we kunnen spreken van een gelijkaardige toegankelijkheid tot een gemeenschappelijke kamer in heel België, geldt hetzelfde niet voor de eenpersoonskamer. Buiten Brussel om, zien we ook dat er een gemiddeld hogere factuur is voor de eenpersoonskamer in Wallonië (zie figuur 2).

In twee jaar tijd, na de totstandkoming van het CHU UCL Namur (het ziekenhuis van Mont-Godine, het ziekenhuiscentrum van Dinant en de kliniek en materniteit Ste. Elisabeth zijn gefusioneerd), is de provincie Namen de duurste Waalse provincie geworden, gevolgd door Waals-Brabant. In Vlaanderen zit Vlaams-Brabant het hoogst met twee ziekenhuizen die de concurrentiële druk van Brussel ondervinden (RZ Sint Maria in Halle en AZ Jan Portaels, Vilvoorde).

Uitzonderingen op kamer- en ereloonsupplementen in de eenpersoonskamer

Een aantal uitzonderingen in de wet bepalen dat je niet altijd een kamer- of ereloonsupplement moet betalen op een eenpersoonskamer. Het gaat over situaties waarin je gezondheidstoestand of je behandeling vereisen dat je alleen ligt, over de opname op de spoedafdeling of de eenheid intensieve zorg of wanneer je bij gebrek aan gemeenschappelijke kamers op een eenpersoonskamer moet verblijven. Een ziekenhuis kan geen kamersupplement vragen wanneer een kind wordt opgenomen en met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft. De artsen kunnen in de genoemde situatie wel nog ereloonsupplementen vragen, als je als ouder uitdrukkelijk kiest voor de opname in een individuele kamer op het opnameformulier én op voorwaarde dat er voldoende ruimtes in het ziekenhuis worden voorzien waar ouder en kind samen kunnen verblijven wanneer ze geen ereloonsupplementen wensen te betalen.

Figuur 2: Evolutie per provincie van de gemiddelde patiëntenfactuur bij een opname met overnachting, per kamertype, 2015



De dagopname

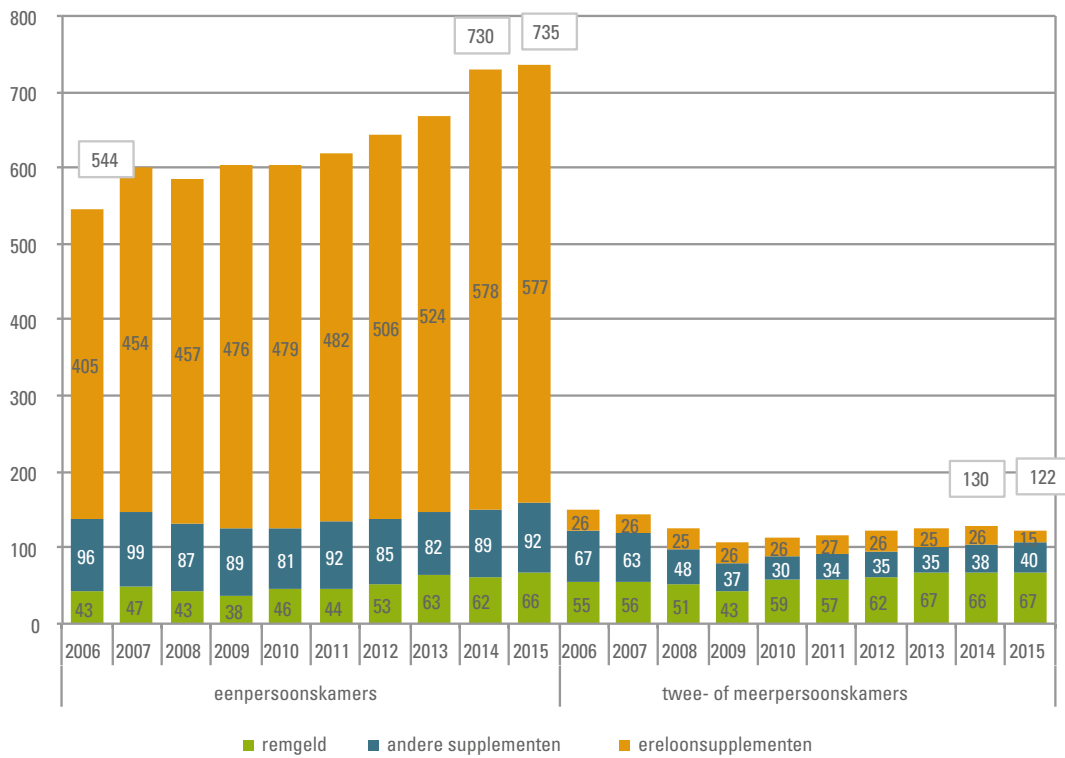
- De gemiddelde factuur voor een dagopname (alle kamers) werd daarentegen duurder: +4 procent voor chirurgische ingrepen en +13 procent voor niet-chirurgische ingrepen. Hiermee komt de gemiddelde patiëntenfactuur (alle kamers) voor het chirurgisch dagziekenhuis op 170 euro en voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis op 41 euro.
 - Er is enkel sprake van een kostenstijging in de eenpersoonskamers. De gemiddelde factuur steeg voor de chirurgische ingrepen in een eenpersoonskamer met 1% van 730 euro in 2014 naar 735 euro in 2015. De gemiddelde factuur voor de niet-chirurgische ingrepen in een eenpersoonskamer steeg met 2% van 427 euro in 2014 naar 437 euro in 2015.
 - De gemiddelde prijs daalt wat betreft de kamers voor twee of meer personen (-6% en -1%). Hiermee daalt de gemiddelde factuur voor chirurgische ingrepen in een gemeenschappelijke kamer van 130 euro in 2014 naar 122 euro in 2015. Voor niet-chirurgische ingrepen in een gemeenschappelijke kamer zien we een verwaarloosbare daling van 24,99 euro in 2014 naar 24,79 euro in 2015.
 - De factuur in een eenpersoonskamer voor chirurgische

ingrepen bedraagt aldus een zesvoud van de factuur in twee- of meerpersoonskamers. Het verschil tussen de eenpersoonskamers en de gemeenschappelijke kamers voor niet-chirurgische ingrepen bedraagt een vijfvoud.

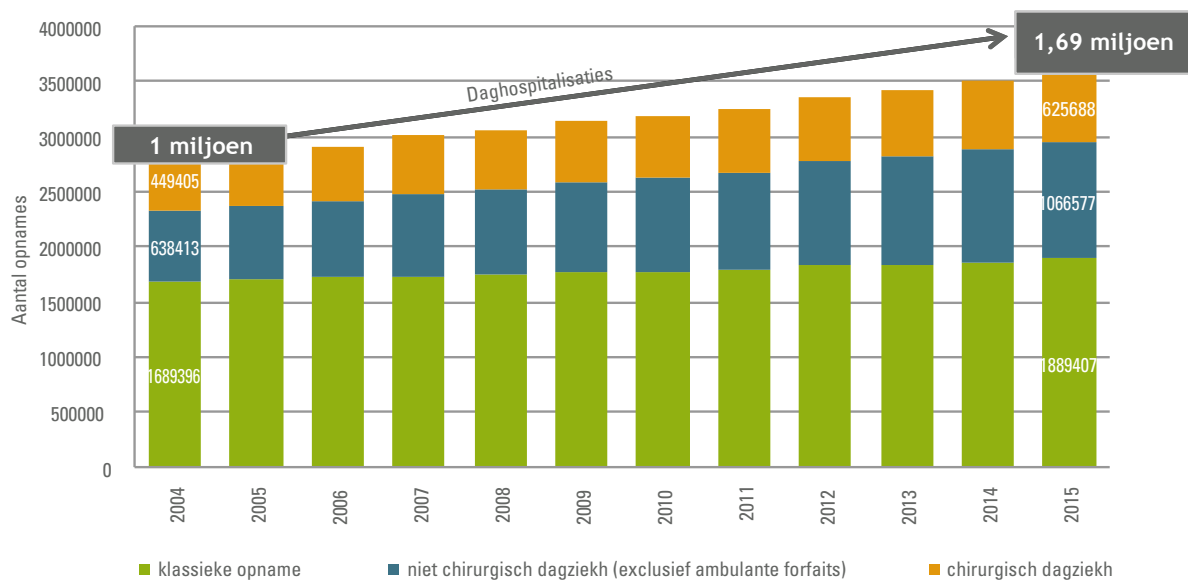
De evolutie van de factuur in het dagziekenhuis vertoont normaal gelijkenissen met deze in het klassiek ziekenhuis (zie figuur 3), maar de laatste jaren treedt er een afwijkende trend op. Daar waar in het klassieke ziekenhuis de prijs globaal daalt, stellen we in het chirurgisch dagziekenhuis een gemiddelde stijging vast in de gemiddelde patiëntenfactuur, alle kamers samengeteld. Deze algemene stijging is het gevolg van een hogere gemiddelde factuur in de eenpersoonskamers, ondanks de gedaalde gemiddelde factuur in de gemeenschappelijke kamers.

Deze stijging kan mede verklaard worden door de verschuiving van verschillende ingrepen en behandelingen van het klassiek ziekenhuis naar het dagziekenhuis. Bijna de helft van het totaal aantal opnames (47%) zijn momenteel dagopnames en dit neemt gestaag toe (+2% ten opzichte van 2014). In figuur 4 zien we dat het aantal opnames met overnachting niettemin blijft toenemen.

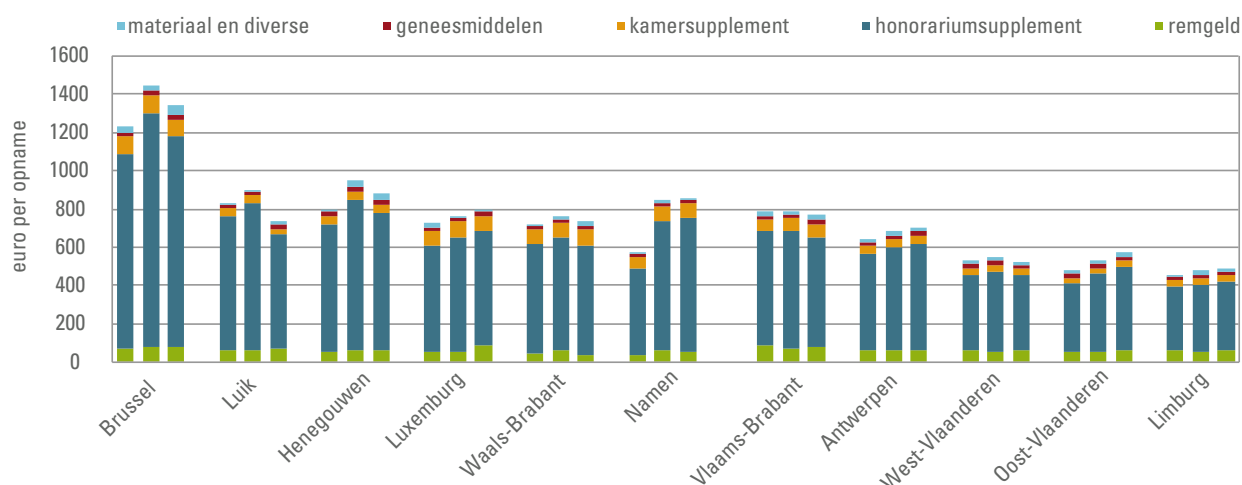
Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde patiëntenfactuur in het chirurgisch dagziekenhuis, per kamertype, 2006-2015



Figuur 4: Evolutie aantal ziekenhuisopnames (extrapolatie)



Figuur 5: Evolutie per provincie van de gemiddelde patiëntenfactuur in het chirurgisch dagziekenhuis, eenpersoonskamers, 2015



De huidige trend houdt dus een belangrijke ontwikkeling van de dagopname in. Dit type opname is immers minder belastend voor de maatschappij en comfortabeler voor de patiënt, die sneller terug naar huis kan gaan. Als we naar internationale statistieken kijken, bevestigen die de tendens richting een verdere toename van dit type opname. Dit heeft niet alleen te maken met het feit dat bestaande behandelingen minder zwaar worden door de verbeterde technieken (bijvoorbeeld operaties via kijkbuis), ook komen er nieuwe vormen van behandeling bij waarvoor geen overnachting vereist is (vb. nieuwe geneesmiddelen voor chemotherapie bij kanker).

Net als bij de klassieke hospitalisatie, zien we ook in het chirurgisch dagziekenhuis dat de toegankelijkheid tot een eenpersoonskamer varieert tussen de verschillende provincies en stellen we regionale verschillen vast (zie figuur 5).

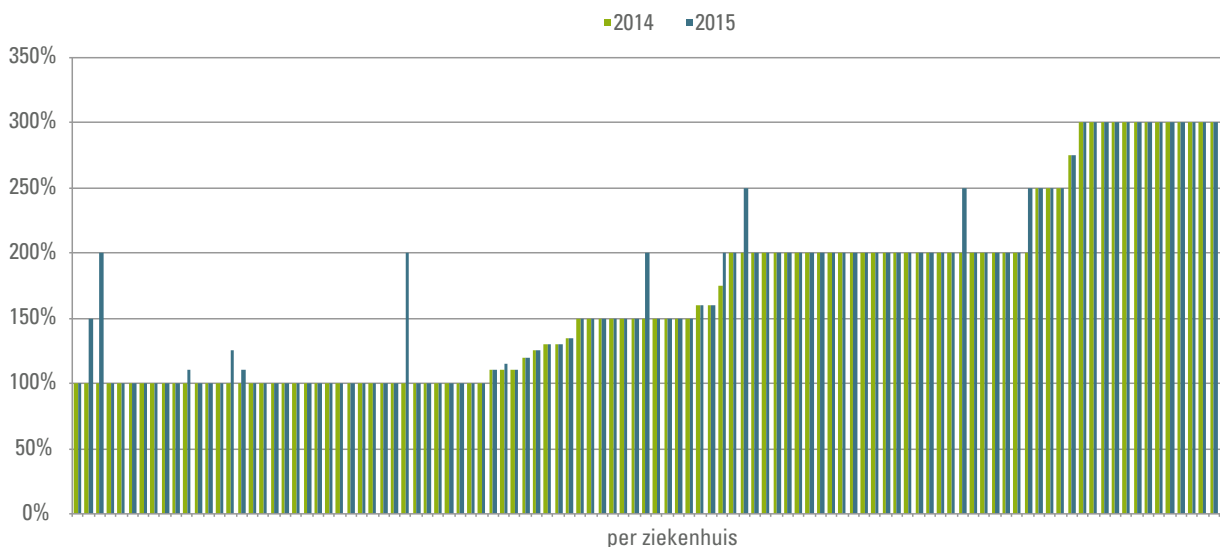
3.2. Ereloonsupplementen

- De totale massa aangerekende ereloonsupplementen in eenpersoonskamers is gestegen met 4%. Dit ligt in de lijn met de gemiddelde stijging van 5% per jaar van de afgelopen jaren.

- Deze toename volgt voornamelijk uit het systematischer aanrekenen van supplementen op technische prestaties. Dit zijn prestaties waarbij de patiënt de arts niet ziet. Ter illustratie: in 2015 steeg de globale massa ereloonsupplementen op klinische biologie verder met 17%, op anatomopathologie met 16,5% en op de prestaties medische beeldvorming door connexisme⁴ met 13,9%.
- In het klassiek ziekenhuis steeg het gemiddeld aangerekend bedrag ereloonsupplementen in eenpersoonskamers met 1% in 2015. Deze trend onderscheidt zich van de jaarlijkse 3,4% groei die we de afgelopen 14 jaar gezien hebben. Desalniettemin, zien we dat op tien jaar tijd, de groei 4% bedroeg.
- 12 ziekenhuizen hebben het maximaal percentage ereloon-supplementen in eenpersoonskamers verhoogd: bij 7 van de 12 ziekenhuizen gaat het om een verhoging van 50 tot 100%.
- Bij 23 ziekenhuizen nam het gemiddeld ereloon-supplement met meer dan 10% toe ten opzichte van 2014.
- In 2015 waren er 32 ziekenhuizen waarin op medische prestaties maximaal 100% ereloonsupplementen konden worden aangerekend, ten opzichte van 38 ziekenhuizen in 2014.
- In 14 ziekenhuizen stond het maximum plafond ereloon-supplementen in 2015 op 300%.
- In 2015 vertegenwoordigden deze ereloonsupplementen in de factuur voor een klassieke hospitalisatie in een eenpersoonskamer 900 euro van het factuurtotaal van 1463 euro.

⁴ Connexisme is de mogelijkheid om sommige onderzoeken of behandelingen uit een ander specialisme zelf uit te voeren wanneer dat gebeurt met het oog op de eigen specialistische diagnosestelling of behandeling van de patiënt: bijvoorbeeld beeldvorming van de buik door een specialist in maag- en darmziekten. (Bron definitie: www.deblock.belgium.be)

Figuur 6: Maximale ereloonsupplementen per ziekenhuis, 2014 vergeleken met 2015



De ereloonsupplementen op medische prestaties bij klassieke opname in een twee- of meerpersoonskamer werden reeds verboden op 1 januari 2013, terwijl er sinds 1 januari 2010 al een algemeen verbod bestaat voor kamersupplementen op twee- of meerpersoonskamers. Vanaf 27 augustus 2015 zijn alle ereloonsupplementen op twee- of meerpersoonskamers verboden. De tariefzekerheid voor patiënten in kamers voor twee of meer personen is dus momenteel gegarandeerd. De situatie in eenpersoonskamers is echter een heel ander verhaal.

Deze ereloonsupplementen kunnen oplopen tot het vastgelegd maximaal toegelaten plafond in het betrokken ziekenhuis, dat is het maximum dat elk ziekenhuis met zijn artsen afspreekt. Dit maximum staat in de opnameverklaring die elke patiënt ter ondertekening ten laatste bij het begin van de opname krijgt voorgelegd, en is uitgedrukt in procent van het officieel tarief per prestatie.⁵ Een arts kan er eveneens voor kiezen om geen of minder ereloonsupplementen te vragen dan dit maximumplafond hem toelaat. De patiënt houdt best altijd in eerste instantie rekening met het maximaal percentage, aangezien een gemiddelde geen garanties biedt over wat de specialisten in een specifieke situatie als ereloonsupplement zullen aanrekenen. De patiënt met hospitalisatieverzekering vergelijkt dit maximaal plafond idealiter met de mate waarin de hospitalisatieverzekering ereloonsupplementen dekt, om niet onverwacht nog voor een onaangename verrassing te komen

staan. Helaas bereiken ons ieder jaar verhalen over patiënten die gekozen hadden voor een eenpersoonskamer en hier volledig zelf voor moesten instaan, doordat ze niet beseften dat dit niet gedekt wordt door de Verplichte Ziekteverzekering of hun hospitalisatieverzekering. In sommige gevallen ervaart de patiënt ook beïnvloeding of zelfs druk om voor een verblijf op een eenpersoonskamer te kiezen op het opnameformulier. Zo zou de keuze voor een eenpersoonskamer reeds meermaals als voorwaarde voorgehouden zijn, om door een specifieke arts te worden behandeld.

We zien op figuur 6 dat verschillende ziekenhuizen hun maximale percentages tussen 2014 en 2015 hebben opgetrokken.

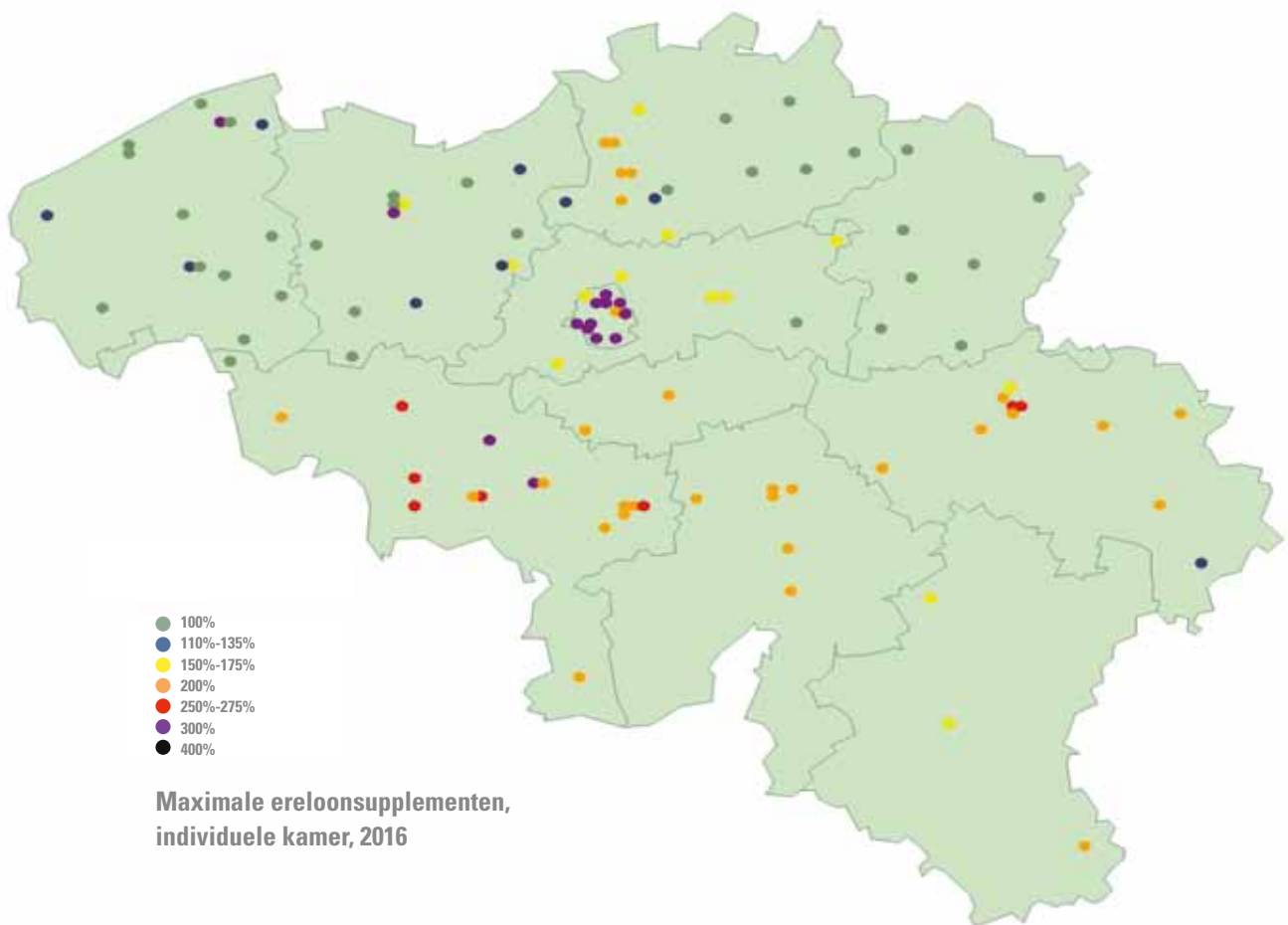
⁵ Het officieel tarief is gelijk aan de som van de RIZIV-vergoeding plus het persoonlijk aandeel van de patiënt voor de betreffende prestatie.

Op onderstaande kaart (figuur 7) geven we ook een stand van zaken voor 2016 weer van de maximale ereloonsupplementen, zoals gekend in november 2016. Rond de jaarwisseling hebben echter verschillende ziekenhuizen hun plafonds opgetrokken. De stippen voor ziekenhuizen met ereloonsupplementen hoger dan 100% lijken zich te groeperen. Een vergelijking met vorige jaren toont het 'spill-over' effect dat de verhoging van de ereloonsupplementen in één ziekenhuis teweeg brengt. De naburige ziekenhuizen zullen immers niet willen riskeren hun artsen aan een financieel interessanter werkgever-ziekenhuis kwijt te spelen. Evenmin willen naburige ziekenhuizen dat een ziekenhuis erin slaagt patiënten weg te lokken, doordat ze aan de hand van hogere ereloonsupplementen duurdere technologie of infrastructuur kunnen inzetten.

De gemiddeld aangerekende ereloonsupplementen liggen een stuk onder het maximaal percentage, omdat ze berekend worden ten opzichte van de officiële tarieven van alle medische prestaties tijdens de opname in een eenpersoonskamer. De ereloonsupplementen worden in praktijk immers in de eerste

plaats op de hoofdprestatie aangerekend. Op veel medische prestaties worden er dus geen ereloonsupplementen aangerekend, maar de principiële mogelijkheid bestaat, buiten de uitzonderingen (zie kader hierboven). De aanrekening vormt een keuze op het niveau van de bij de zorg betrokken artsen, die al dan niet aangestuurd wordt vanuit het ziekenhuis. Ieder jaar publiceren we daarom ook 'top-10' tabellen van de ziekenhuizen om de supplementenpraktijk van de ziekenhuizen overzichtelijk te maken. Deze 'top-10' tabellen tonen de ziekenhuizen waarin de hoogste en de laagste gemiddelde ereloonsupplementen gevraagd worden. De rangschikking gebeurt op basis van 'gemiddeld procent ereloonsupplement', aangezien dit een vergelijkbaar gegeven is. **De totale gemiddelde factuur voor de patiënt daarentegen is geen vergelijkbaar gegeven, want deze hangt af van de zwaarte van de behandelingen in het ziekenhuis.** Zo is er bij een academisch ziekenhuis over het algemeen sprake van een hogere gemiddelde factuur ook al rekent het procentueel minder ereloonsupplementen aan. Het Brusselse ziekenhuis CHIREC blijft de hoogste bedragen aanrekenen voor vergelijkbare behandelingen.

Figuur 7: Maximale ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers 2016



Tabel 1: Top-tien van de ziekenhuizen met de hoogste gemiddelde ereloon-supplementen (in procent) in eenpersoonskamers voor klassieke opnames (van hoger naar lager), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddelde totale patiënten-factuur	Maximum ¹ procent ereloon-supplement	Toename/afname gemiddeld ereloon-supplement in 2015	Gemiddeld procent ereloon-supplement
1. Bruxelles ²	CHIREC	3.023 €	300%	-1,16%	171%
2. Rocourt	CHC St. Vincent & Ste. Elisabeth	2.435 €	275%	0,62%	163%
3. Gosselies	Clinique Notre-Dame De Grâce	2.495 €	250%	-3,77%	153%
4. Bruxelles	Cliniques Universitaires Saint-Luc	4.213 €	300%	-1,32%	150%
5. Brussel	Europaziekenhuizen - Cliniques de L'Europe	2.668 €	300%	3,10%	133%
6. Namur	Centre Hospitalier Regional Sambre et Meuse	2.382 €	200%	2,33%	132%
7. Bruxelles	UVC Brugmann	2.570 €	300%	-5,22%	127%
8. Namur	CHU UCL Namur	2.420 €	200%	10,43%	127%
9. Bruxelles	Cliniques Universitaires Hôpital Erasme	3.150 €	300%	-9,42%	125%
10. Ottignies	Clinique Saint Pierre Ottignies	2.411 €	200%	-1,59%	124%

¹ Percentage zoals vermeld op de opnameverklaring

² Zes sites verspreid over Brussel en Waals-Brabant

We stellen vast dat de 'top-10' van tabel 1, elk jaar ongeveer dezelfde blijft. De eerste vier ziekenhuizen uit deze tabel komen sinds 2004 zelfs systematisch elk jaar terug. De kleine groep ziekenhuizen uit tabel 1 overschaduwde de veel grotere groep van ziekenhuizen waar de facturen stabiel blijven van jaar tot jaar.

Net zoals bij de gemiddelde factuur, zien we ook hier een opvallend regionaal verschijnsel: onze top-10 wordt reeds jaren gedomineerd door Brusselse en Waalse ziekenhuizen. Hierdoor zien we dat bepaalde ziekenhuizen met een lager maximaal plafond, toch hoger gerangschikt staan op basis van hun gemiddeld aangerekende ereloon-supplementen, dan ziekenhuizen met een hoger maximaal plafond. Sommige ziekenhuizen verantwoorden hun supplementenbeleid door te verwijzen naar de oneerlijke verdeling van publieke financiering over de ziekenhuizen heen, de nood aan innovatie of de keuze voor een specifiek doelpubliek. Zelfs al zouden het enkel de gegoede patiënten zijn die een volledige kostendekking via hun hospitalisatiesysteem genieten, dan nog is dit onhoudbaar op lange termijn. Naarmate ereloon-supplementen stijgen, stijgen ook de premies van de hospitalisatieverzekeringen, waardoor een eenpersoonskamer minder toegankelijk dreigt te worden. Ook bij de enquête die ter gelegenheid van het CM Congres van juni 2015 afgenomen werd, antwoordde 73% van de respon-

denten (van de in totaal meer dan 51.000) dat ze een opname in een eenpersoonskamer verkiezen.⁶ Het comfort van een eenpersoonskamer staat echter niet in verhouding met een factuur die het vijfvoud is van de factuur in een gemeenschappelijke kamer. Dat geldt zeker als je weet dat er bovendien geen systematisch verband gelegd kan worden tussen de hoogte van het plafond ereloon-supplementen en de kwaliteit van de zorg (cf. de CM heupstudie).

De stijging van de ereloon-supplementen van de laatste jaren valt ook te verklaren door het feit dat voordien enkel de zorgverstrekkers die rechtstreeks contact hadden met de patiënt erelonen vroegen (de chirurg, de anesthesist,...). De afgelopen jaren stellen we een stijging vast in ereloon-supplementen op toezichtshonoraria en de zogenaamde "technische prestaties" (klinische biologie, radiologie, anatomopathologische analyses of genetische onderzoeken,...). De ereloon-supplementen op deze technische prestaties, uitgezonderd de toezichtshonoraria, vertegenwoordigen momenteel 10% van het totaalbedrag gefactureerde supplementen. Deze dragen dus in belangrijke mate bij aan de groei van de ereloon-supplementen van de afgelopen jaren. De praktijken zijn erg verschillend tussen de ziekenhuizen onderling, maar neigen zich te veralgemenen.

⁶ De resultaten zijn terug te vinden op volgende link: www.cm.be/binaries/Congres-bijlage_tcm375-158005.pdf

Tabel 2: Top-tien van de ziekenhuizen met de laagste gemiddelde ereloon-supplementen (in procent) in eenpersoonskamers (van lager naar hoger), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddelde totale patiënten-factuur	Maximum ¹ procent ereloon-supplement	Toename/afname gemiddeld ereloon-supplement in 2015	Gemiddeld procent ereloon-supplement
1. Oudenaarde	AZ Oudenaarde	488 €	100%	-40,91%	26%
2. Edegem	UZ Antwerpen	859 €	200%	-3,23%	30%
3. Izegem	Sint-Jozefskliniek	897 €	100%	13,16%	43%
4. Arlon	Vivalia (Cliniques du Sud-Luxembourg)	899 €	200%	-13,46%	45%
5. Mouscron	CH De Mouscron	1.139 €	100%	-2,13%	46%
6. Heusden	Sint-Franciskusziekenhuis	896 €	100%	0,00%	46%
7. Brasschaat	AZ Klina	966 €	150%	-29,85%	47%
8. Leuven	RZ Heilig Hart Leuven	992 €	150%	0,00%	47%
9. Ieper	Jan Yperman Ziekenhuis	963 €	100%	4,44%	47%
10. Genk	Ziekenhuis Oost - Limburg	1.285 €	100%	17,07%	48%

¹ Percentage zoals vermeld op de opnameverklaring

In de top-10 met de laagste gemiddelde ereloon-supplementen (tabel 2) zien we ziekenhuizen die toegankelijke eenpersoonskamers weten aan te bieden. Toch blijft het ook bij deze ziekenhuizen belangrijk op de maximale ereloon-supplementen te letten en een goede informatieverlening te organiseren door de behandelende arts naar de patiënt over het financieel aspect van de zorg.

Naast de variatie tussen de ziekenhuizen, is het belangrijk op te merken dat het soort ingreep eveneens een bepalende invloed heeft op het aangerekende bedrag ereloon-supplementen. De 'duurste' behandelingen op vlak van ereloon-supplementen vinden plaats in de diensten heelkunde en materniteit. Dit is het gevolg van de ongelijke financiering van de verschillende artsenspecialismen.

3.3. Kamersupplementen

- De totale massa kamersupplementen in eenpersoonskamers in klassieke hospitalisatie is toegenomen in 2015 met 0,4%. Het gemiddeld aangerekend bedrag kamersupplementen bij klassieke hospitalisatie is gedaald met 3%.
- Het gemiddeld aangerekend bedrag voor een chirurgische dagopname vermindert in 2015 met 1%. Ook in het niet-chirurgisch dagziekenhuis daalt dit bedrag met 1%.

- Bepaalde individuele ziekenhuizen hebben hun kamersupplementen enorm opgetrokken ten opzichte van 2014.
- Deze supplementen kunnen variëren van gemiddeld 18 euro per dag (in het UZA) tot 164 euro (in de Cliniques Universitaires Saint-Luc).

In figuur 8 zien we dat ook wat de kamersupplementen betreft, er een grote variatie tussen de ziekenhuizen bestaat. In deze figuur zijn de plotse stijgingen ten opzichte van vorige jaren erg opvallend. Dit heeft te maken met het uitbreiden van het aanbod eenpersoonskamers. Steeds meer ziekenhuizen bieden 'luxe eenpersoonskamers' aan tegen hogere kamersupplementen dan de standaard eenpersoonskamer.

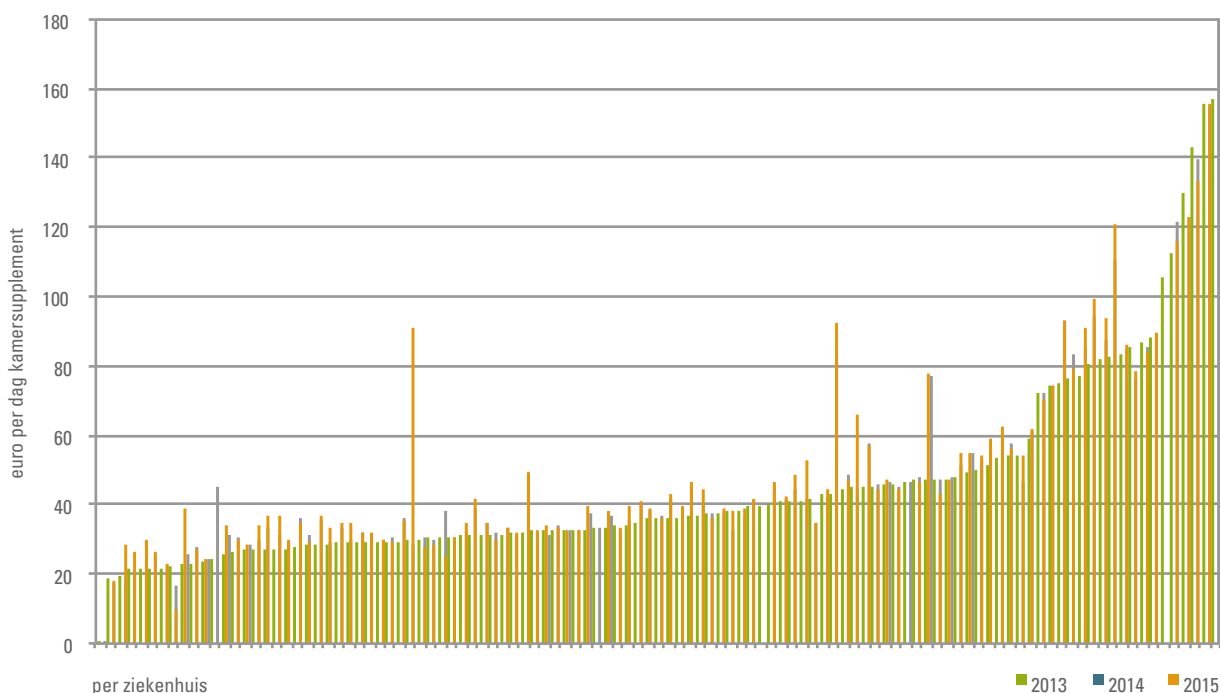
In figuur 9 zien we nog duidelijker dat de meeste ziekenhuizen in 2015 hun kamersupplementen ten opzichte van 2014 verhoogd hebben.

3.4. Opnames in eenpersoonskamers

- In 2015 waren er in totaal 174.500 opnames in eenpersoonskamers (11,84% van de opnames van onze leden⁷ in 2015), wat een toename van 4.339 opnames betekent ten opzichte van 2014 (toen ongeveer 11,76% van de opnames van onze leden in een eenpersoonskamer plaatsvond). Het

⁷ Sommige leden worden meermaals op een jaar opgenomen en maken al dan niet dezelfde kamerkeuze.

Figuur 8: Kamersupplementen per dag in eenpersoonskamers, klassieke opnames, 2013-2015



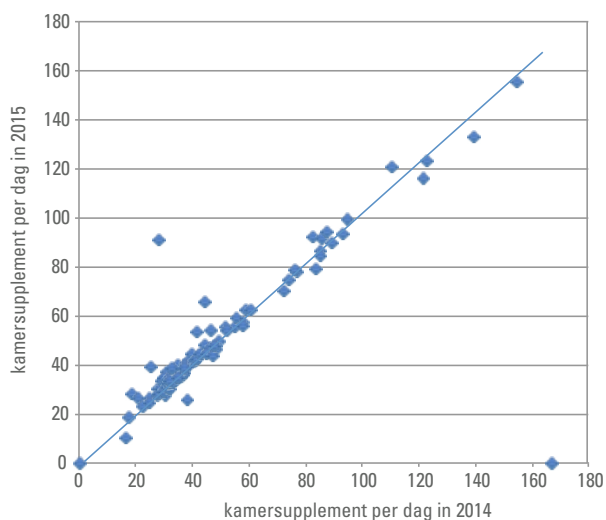
aantal opnames in een eenpersoonskamer bedraagt gemiddeld:

- 23 procent bij een klassieke opname:
 - 68,5% in de materniteit
 - 10,5% in de geriatrie en revalidatie
 - In de pediatrie nam het aantal eenpersoonskamers de voorbije jaren telkens toe, maar dit aandeel blijft in 2015 stabiel op 38% van de verblijven.
- In het dagziekenhuis is het aandeel opnames in eenpersoonskamers veel kleiner, namelijk 4,7 procent:

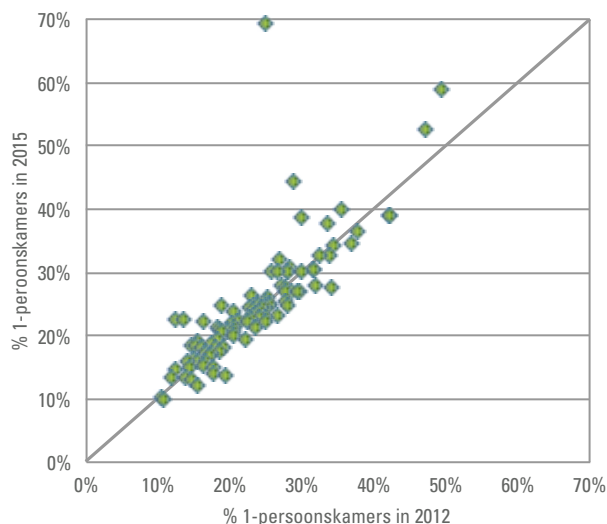
- 7,7% voor chirurgische ingrepen
- 3,9% voor niet-chirurgische ingrepen.
- De toename van de opnames in de eenpersoonskamers bedraagt 2,5%. Van het aantal opnames in gemeenschappelijke kamers bedraagt de toename 1,5%.

De meerderheid van de opnames gebeurt dus nog steeds in twee- of meerpersoonskamers, maar de materniteit vormt hierop de uitzondering: daar is zowel de vraag naar als het aanbod aan eenpersoonskamers veel groter.

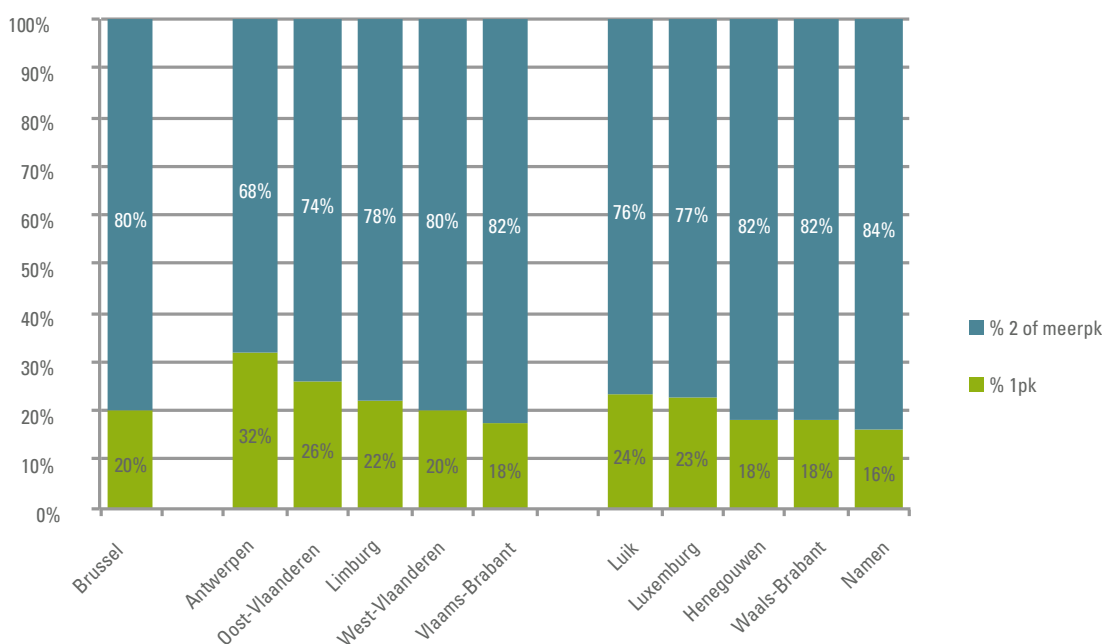
Figuur 9: Kamersupplementen per dag in eenpersoonskamers, klassieke opnames, 2014-2015



Figuur 10: Kamerkeuzebeleid tussen 2012-2015, klassieke hospitalisatie



Figuur 11: Proportie eenpersoonskamers en gemeenschappelijke kamers per provincie, klassieke hospitalisatie, 2015



We zien in figuur 10 een duidelijke tendens die een stijging inhoudt van het aandeel eenpersoonskamers. Deze stijging doet zich in bepaalde ziekenhuizen zeer uitgesproken voor, maar er bestaan tussen de ziekenhuizen grote verschillen. In het AZ Oudenaarde, het UZA, CHC Saint-Vincent en Sainte-Elisabeth (Luik, belangrijke materniteit) en het AZ Klina, waren er respectievelijk 69%, 59%, 53% en 44% opnames in eenpersoonskamers (op basis van de gehanteerde CM facturen). Aan de andere kant van het spectrum, zien we het Centre de Santé des Fagnes en la Clinique André Renard met slechts 13% en 12% opnames in een eenpersoonskamer. Een drietal ziekenhuizen heeft een nog beperkter aandeel opnames in eenpersoonskamers (CH Epicura, het ziekenhuiscentrum van Dinant, Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola).

De tendens inzake de toename van het aantal eenpersoonskamers is nog niet zichtbaar in de cijfers op nationaal niveau, maar begint zich te onthullen in de provinciale cijfers (zie figuur 11). De verschillende provincies bevinden zich immers in andere stadia van de evolutie: vooral in Antwerpen lijken er veel opnames in een eenpersoonskamer plaats te vinden. Het aantal beschikbare eenpersoonskamers zal in de toekomst verder toenemen, op het tempo van de nieuwe infrastructuurwerken en/of renovaties die de ziekenhuizen ondernemen. De uitbreiding van het aanbod eenpersoonskamers in vele ziekenhuizen (renovaties en nieuwe constructies) beantwoordt aan een vraag vanuit de patiëntenpopulatie (zie supra de resultaten van onze congres enquête) en zal op zijn beurt een verdere stijging van het aantal opnames in eenpersoonskamers stimuleren.

In onze resultaten zien we dat patiënten bij daghospitalisatie wel nog steeds geneigd zijn om een gemeenschappelijke kamer kiezen.

In sommige gevallen is er dan ook bijna geen sprake van een kamer en rust je gewoon even uit in een zetel. Ook in de cijfers van het dagziekenhuis blijken er echter grote verschillen tussen de ziekenhuizen te bestaan. In het CHC St. Vincent-Ste. Elisabeth is meer dan 60% van de chirurgische dagopnames in een eenpersoonskamer, terwijl in CHC St. Joseph en CHIREC er respectievelijk sprake is van 33% en 32% opnames in een eenpersoonskamer. In andere ziekenhuizen worden er nooit eenpersoonskamers aangerekend in het chirurgisch dagziekenhuis.

3.5. De ligduur in het klassiek ziekenhuis

- De ligduur bij klassieke hospitalisatie zet zijn dalende trend verder. De gemiddelde ligduur in het klassiek ziekenhuis (alle kamers) daalde van 6,5 dagen in 2006 naar 5,5 dagen in 2015.
- De gemiddelde ligduur in een eenpersoonskamer op de materniteit daalde van 4,7 dagen in 2014 naar 4,3 dagen in 2015. Op de dienst geriatrie en revalidatie zien we dan weer voornamelijk op de twee- en meerpersoonskamers een opvallende daling van 16,7 dagen in 2014 naar 16,0 dagen in 2015.
- Deze dalende trend verklaart mede de verlaging van de gemiddelde factuur.

Onze gemiddelde verblijfsduur blijft echter hoger dan het gemiddelde in onze buurlanden. Het aantal ziekenhuisbedden zou dus kunnen afgebouwd worden, mits er voldoende financieel toegankelijke ambulante zorgstructuren worden voorzien. De rol van ziekenhuizen kan vervolgens wel worden uitgebreid, rekening houdend met de maatschappelijke vooruitgang, zoals thuishospitalisatie en transmurale zorg (hierover lopen er verschillende pilotprojecten).

Tabel 3: Top-tien van de ziekenhuizen met de duurste gemiddelde patiëntenfacturen voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer (van hoger naar lager), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddeld totaalbedrag (euro) ten laste van de patiënt	Gemiddeld bedrag kamer-supplem. (euro)	Gemiddeld bedrag (euro) ereloon-supplem.
1. Brussel	Cliniques Universitaires Saint-Luc	3.171 €	867 €	2.011 €
2. Gosselies	Clinique Notre-Dame De Grâce	2.790 €	485 €	2.004 €
3. Brussel	CHIREC	2.742 €	583 €	1.868 €
4. Brussel	Europaziekenhuizen - Cliniques de L'Europe	2.657 €	762 €	1.625 €
5. Luik	CHC Cliniques Saint-Joseph	2.493 €	372 €	1.915 €
6. Rocourt	CHC St. Vincent & Ste. Elisabeth	2.401 €	341 €	1.836 €
7. Ottignies	Clinique Saint Pierre Ottignies	2.348 €	393 €	1.703 €
8. Brussel	Kliniek Sint-Jan - Clinique Saint-Jean	2.129 €	382 €	1.499 €
9. Brussel	UVC Brugmann	2.115 €	443 €	1.449 €
10. Namur	CHU UCL Namur	2.073 €	374 €	1.467 €

Tabel 4: Top-tien van de ziekenhuizen met de laagste gemiddelde patiëntenfacturen voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer (van lager naar hoger), 2015

Gemeente	Ziekenhuis	Gemiddeld totaalbedrag (euro) ten laste van de patiënt	Gemiddeld bedrag kamer-supplem. (euro)	Gemiddeld bedrag (euro) ereloon-supplem.
1. Edegem	UZ Antwerpen	813,09	145,28	451,56
2. Auvelais	Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse	876,36	215,52	477,69
3. Genk	Ziekenhuis Oost - Limburg	946,36	209,64	525,28
4. Gent	AZ Jan Palfijn	971,2	166,96	588,14
5. Dendermonde	AZ Sint-Blasius	982,09	148,68	595,25
6. Gent	AZ Sint-Lucas	949,2	134,66	626,64
7. Sint-Truiden	RZ Sint-Trudo	1003,7	165,78	637,19
8. Zottegem	AZ Sint-Elisabeth	979,27	99,52	648,61
9. Mouscron	CH De Mouscron	964,61	148,13	651,59
10. Deinze	Sint-Vincentiusziekenhuis	1007,35	132,75	678,47

4. Impact van de patiëntenfactuur

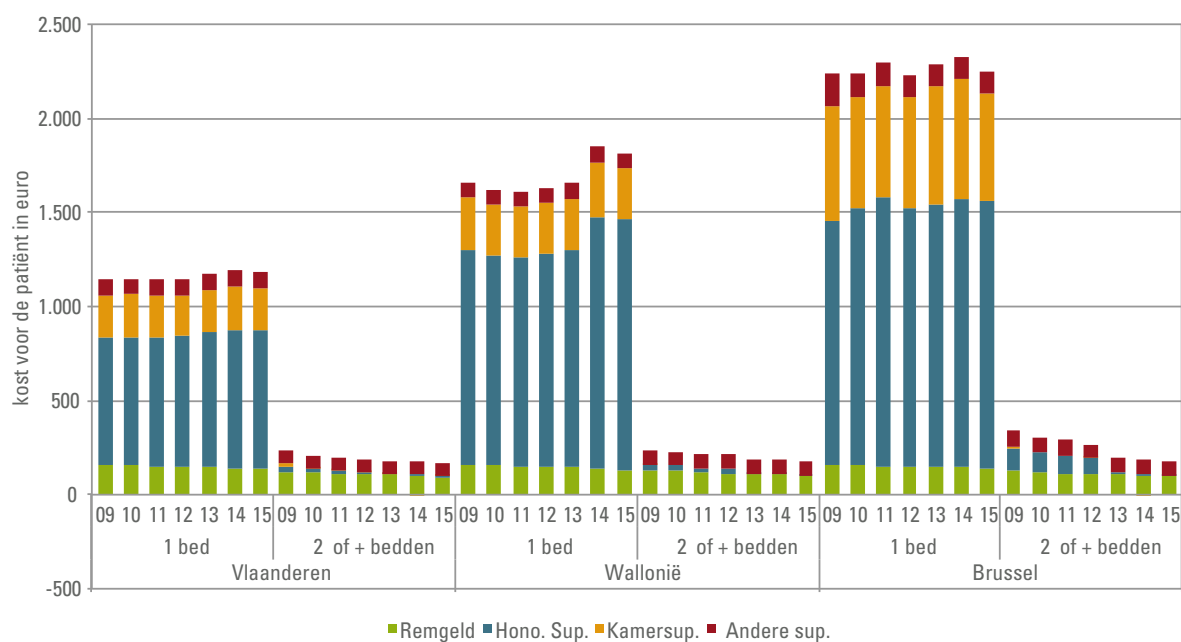
4.1. Het voorbeeld van de natuurlijke bevalling

De ziekenhuisbarometer analyseert voor het verblijf met overnachting de kosten op ziekenhuisniveau en op diensten-niveau. Binnen een specifieke dienst vinden er verschillende

ingrepen en behandelingen plaats met een verschillende kostprijs. Een patiënt kan via de barometer zodoende een indicatie vinden van de gemiddelde kost op de dienst waar hij zal worden opgenomen. Het ziekenhuis en de arts kunnen hier vervolgens in principe financiële informatie aan toevoegen die op maat van de betrokken patiënt berekend is.

Om vanuit een verzekeringsinstelling een zinvolle vergelijking tussen de kostprijs van behandelingen op te stellen, ontbreekt

Figuur 12: Kost voor de patiënt van een natuurlijke bevalling per kamertype en per regio 2009 - 2015



de mogelijkheid om te corrigeren op basis van pathologie, waarover we geen informatie hebben. Eveneens moet je voor elke behandeling voldoende leden-verblijven per ziekenhuis kunnen voorleggen om een betrouwbaar resultaat te bekomen. Voor vaak-voorkomende standaardingrepen, zoals de natuurlijke bevalling kunnen we wel conclusies uit onze factuurgegevens trekken.

Bij het analyseren van de natuurlijke bevalling (geen keizersnede) vinden we dat de patiënt gemiddeld 181 euro in een tweepersoonskamer betaalt en 1.445 euro in een eenpersoonskamer. De verschillen tussen ziekenhuizen zijn opnieuw groot. In tabel 3 en 4 lijsten we de ziekenhuizen op met respectievelijk de duurste en de goedkoopste gemiddelde bevallingen.

Figuur 12 toont een enorm prijsverschil tussen de eenpersoonskamer en de gemeenschappelijke kamer voor een natuurlijke bevalling. In Vlaanderen zijn deze bevallingen gemiddeld goedkoper dan in Wallonië of Brussel. In Vlaanderen betaalde je in 2015 gemiddeld 1.186 euro, in Wallonië 1.816 euro en in Brussel 2.247 euro voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer. Hoewel de kloof in Vlaanderen tussen een eenpersoonskamer en gemeenschappelijke kamer evengoed groot is, wordt de patiënt in Brussel en Wallonië met een nog groter prijsverschil geconfronteerd. Vlaanderen telt overigens het grootste aantal bevallingen in eenpersoonskamers.

deze uit de kamers voor twee of meer personen, hoewel er dus meer opnames in kamers voor twee of meer personen zijn (zie punt 2). Voor het dagziekenhuis (zowel chirurgisch als niet-chirurgisch) blijven de totale inkomsten uit patiëntenbetalingen groter uit de opnames in kamers voor twee of meer personen dan in eenpersoonskamers, omdat het aantal opnames in eenpersoonskamers nog een stuk lager ligt dan deze in kamers voor twee of meer personen.

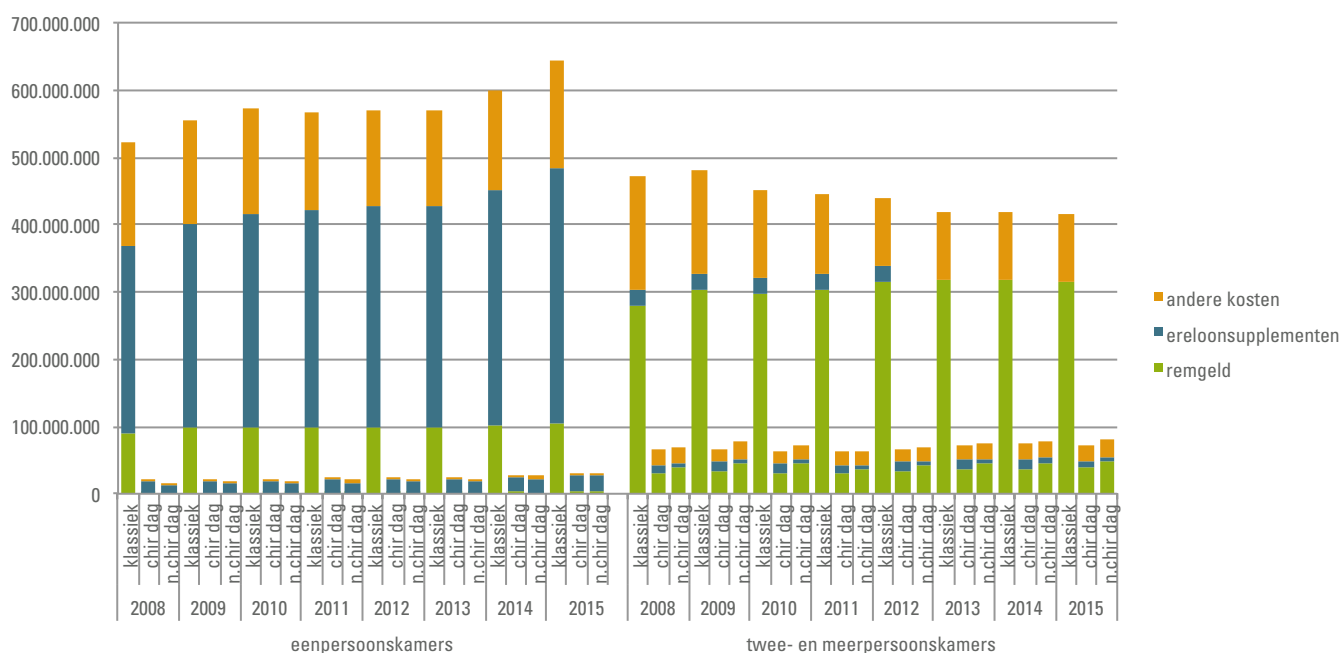
De opnames in eenpersoonskamers vertegenwoordigen in 2015 slechts 23 procent van alle opnames, maar ze vertegenwoordigen wel 61 procent van de totale uitgaven van de patiënten voor klassieke opnames. Het totaalbedrag aan uitgaven voor klassieke opnames door patiënten in eenpersoonskamers was 643 miljoen euro en in kamers voor twee of meer personen 416,5 miljoen euro. Als we hieraan de betaalde bedragen in dagopname toevoegen, bedraagt het huidige aandeel waarvoor de patiënt instaat, alle kamertypes samengeteld, meer dan 1,7 miljard euro, oftewel zo'n 10% van de inkomsten van de acute ziekenhuizen.

5. Een correct gebruik van de ziekenhuisbarometer en aanbevelingen

5.1. Voor de patiënt

Een correct gebruik van de ziekenhuisbarometer bekend in de eerste plaats een bewustwording van mogelijke prijsverschillen. De patiënt kan beslissen dat voor de betrokken ingreep de voordelen van een eenpersoonskamer niet opwegen ten

Figuur 13: Totaal volume betalingen door patiënten per type hospitalisatie en kamer prijzen 2008-2015 extrapolatie volgens globaal marktaandeel CM



aanzien van de financiële nadelen. Kiest de patiënt toch voor een eenpersoonkamer, dan kan hij een ziekenhuis in de omgeving kiezen met een financieel toegankelijker eenpersoonkamer. Bij de gemeenschappelijke kamers zijn de verschillen tussen ziekenhuizen erg beperkt, maar bij een eenpersoonkamer spelen kamersupplementen en ereloon-supplementen een bepalende invloed op de factuur. Bij de eenpersoonkamers spelen er dus wel grote verschillen tussen de ziekenhuizen. Wanneer enkele of meerdere ziekenhuizen in de buurt hetzelfde maximum plafond supplementen hebben, kan de patiënt rekening houden met de gemiddelde aangerekende ereloon-supplementen in ieder ziekenhuis. Het maximum vormt zoals hierboven uitgelegd immers de buitengrens van een kader: niet alle ziekenhuizen rekenen supplementen op

dezelfde reeks prestaties en het percentage dat ze effectief aanrekenen kan een stuk lager liggen dan het maximum. Nog beter is het als de patiënt lessen trekt uit de studie en **geïnformeerd in dialoog gaat met zijn arts**. We herhalen dat binnen een ziekenhuis waarin een bepaald maximum geldt (voor het hele ziekenhuis of voor een bepaalde dienst binnen het ziekenhuis) de artsen in principe vrij zijn om te kiezen of ze het maximum ereloon-supplementen aanrekenen, een deel van wat ze kunnen vragen of helemaal geen. Zelfs in de ziekenhuizen waarin de facturatedienst een systematisch percentage supplementen aanreken, zal de arts de patiënt minstens kunnen informeren. Onze studie geeft slechts een indicatie op basis van historische gegevens, maar duwt de patiënt alvast in de goede richting en geeft een reeks nuttige tips.

Zes tips voor de patiënt om onaangename verrassingen te vermijden

1. Kies kostenbewust of u een eenpersoonkamer 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. U kan de opnameverklaring ook vooraf opvragen (de ziekenhuizen zijn vanaf nu verplicht deze kosteninformatie op hun website te publiceren). Zeker voor een dagopname, waar u maximaal enkele uren gebruik zal maken van uw kamer is dit belangrijk. Het verschil in prijs tussen een eenpersoonkamer en een kamer voor twee of meer personen is er nog groter dan bij een klassieke opname. Als patiënt kunt u zich steeds aan conventietarief laten behandelen, wanneer u kiest voor een twee- of meerpersoonkamer.

2. Vraag uw arts te schatten wat de kost van de ingreep zal zijn (medisch materiaal en ereloon). Bij een heelkundige ingreep bijvoorbeeld, kan de kost van het medisch materiaal (implantaten of hechtmiddelen die in het lichaam blijven) hoog oplopen. De hoogte van het ereloon kan en mag besproken worden. Vraag uw arts ook naar eventuele alternatieve behandelingswijzen die financieel toegankelijker zijn en even kwaliteitsvol.
3. Vergelijk ziekenhuistarieven op www.cm.be/ziekenhuisfactuur om een indicatie van de prijs te vinden. Hier vindt u de mediaan van verschillende kostenposten per ziekenhuisdienst (onder het tabblad 'Facturen (CM-barometer)', bepaalde vaste tarieven waaraan u zich kan verwachten (onder het tabblad 'Tarieven') en de contactgegevens van de ziekenhuizen (onder het tabblad 'Algemene Informatie'). Kijk hierbij met name naar het maximaal plafond ereloon-supplementen dat de artsen mogen aanrekenen (te vinden bij 'Tarieven') en houd er rekening mee dat een hospitalisatieverzekering mogelijk maar een lager percentage ereloon-supplementen dekt. Bespreek deze prijsindicatie verder met uw arts om een zo correct mogelijke inschatting van de prijs te krijgen.
4. Vraag naar de tarieven van de 'diverse kosten' (televisie, telefoon, internet, maaltijd voor de begeleidende partner of ouder...). Elk ziekenhuis heeft een lijst 'diverse kosten' die u kan consulteren op de website of bij de ontvangstbalie. Consulteer deze lijst voorafgaandelijk zodat u bewust kunt kiezen of u van deze bijkomstige diensten of goederen gebruik wilt maken. Dit zijn kosten die losstaan van de medische zorg. Opgelet: in het kader van onze studie en in de module op onze website rekenen we bij 'diverse kosten' ook niet-terugbetaalde medische prestaties.
5. Indien u vragen heeft over uw factuur, raden wij u aan zowel CM als het ziekenhuis in kwestie te contacteren. Onze medewerkers kunnen u uitleg geven over de inhoud van uw factuur en nagaan of er geen fouten of onwettige aanrekeningen in staan. In die gevallen kan de dienst ledenverdediging uw factuur betwisten bij het ziekenhuis. Het is ook belangrijk het ziekenhuis te contacteren inzake deze vragen, maar ook in geval van vertraging van betaling of moeilijkheden om het bedrag binnen de termijn te betalen.
6. Kijk zeker verder op onze website voor meer informatie over een ziekenhuisopname en aarzel niet om ons te contacteren: www.cm.be/cm-dienstverlening-hospitalisatie/index.jsp

5.2. Voor de beleidsvoerders

Voor de beleidsvoerders moet de ziekenhuisbarometer een licht werpen op de evolutie van de financiële toegankelijkheid voor specialistische zorgen. Het is de taak van de overheid om het recht op gezondheid en de toegang tot gezondheidszorgen te waarborgen. Als goede huisvader dient ze haar samenleving op verschillende vlakken te beschermen en te ontplooiën. Daarbij dient ze rekening te houden met de kwetsbare groep patiënten en met het risico van iedere inwoner om in financiële problemen te geraken omwille van zorgbehoefte. Door de evoluties op te volgen, kan de beleidsmaker inschatten wat de gevolgen van bepaalde maatregelen zijn geweest. Zo zien we helaas dat een verbeterde toegankelijkheid op één front zorgt voor een verminderde toegankelijkheid tot een ander zorgaspect omwille van kostenverschuiving. Zolang zo'n verschuiving mogelijk is, zal de maatregel zijn doelstelling van toegankelijkheid maar voor een deel treffen: de incentive om op

een andere manier hetzelfde aanbod voort te zetten is immers groter dan de incentive om het aanbod te rationaliseren. Gemeenschappelijke kamers zijn toegankelijker geworden, maar eenpersoonskamers lijken hierdoor als gevolg minder toegankelijk te zijn geworden. Dit is maar een voorbeeld van hoe goedbedoelde maatregelen onvoorziene gevolgen kunnen hebben. Een afschaffing of strenge beperking van de ereloon-supplementen in de ziekenhuizen zonder meer brengt daarom wellicht geen soelaas: het aanbod van ziekenhuizen en zorg moet gerationaliseerd worden en de ziekenhuizen en artsen moeten een degelijke financiering krijgen voor hun verantwoorde werking en activiteit. Als medisch-sociale instellingen proberen de ziekenhuizen een organisatie met topkwaliteit en een aantrekkelijke werkgever te zijn. Net als iedere andere organisatie zullen ze verdedigen wat ze hebben uitgebouwd en is het organisatieniveau niet steeds het geschikte niveau om de moeilijke keuzes in het belang van de maatschappij te maken.

CM-achtpuntenplan om geneeskunde met twee snelheden te vermijden

Het aanrekenen van kamer- en ereloonsupplementen in de ziekenhuizen neemt geleidelijk toe en de verschillen tussen de ziekenhuizen blijven groot. Deze verschillen zouden ertoe kunnen leiden dat er twee types ziekenhuizen gaan ontstaan: ziekenhuizen voor de 'rijken' en ziekenhuizen voor de minder goegedeen. Deze tendens naar een duale geneeskunde moeten we tegengaan, vindt CM. Deze acht concrete voorstellen van CM dragen daartoe bij.

1. Een beperking en op termijn een afschaffing van de ereloonsupplementen in eenpersoonskamers

De ereloonsupplementen in eenpersoonskamers kennen sinds 2004, het beginjaar van onze metingen, elk jaar een forse stijging. Aangezien deze supplementen verboden werden in twee- of meerpersoonskamers en alleen nog in de eenpersoonskamers gevraagd kunnen worden, ontstaat het risico dat artsen druk gaan uitoefenen op hun patiënt om hen voor een eenpersoonskamer te doen kiezen. Deze evolutie kan op termijn leiden tot een duale geneeskunde, met twee soorten ziekenhuizen. Aan de ene kant ziekenhuizen waarin het medisch corps meer kan verdienen en waarin er systematisch eenpersoonskamers worden aangeboden. Aan de andere kant, betaalbare ziekenhuizen, die echter moeilijkheden ondervinden in het aantrekken van artsen en meer goegede patiënten.

Ziekenhuizen, die met overheidssubsidies gebouwd worden, die voor de verzorging van de patiënten worden gefinancierd, en waar artsen werkzaam zijn van wie de prestaties in grote mate worden terugbetaald door de sociale zekerheid, moeten medische zorg aanbieden die voor iedereen gelijk is en voor iedereen betaalbaar blijft.

Ereloonsupplementen vormen in sommige ziekenhuizen een reëel financieel risico voor kwetsbare patiënten.

De afschaffing van ereloonsupplementen op medische prestaties in twee- of meerpersoonskamers is een goede zaak voor de toegankelijkheid tot gespecialiseerde medische hulp in het ziekenhuis. Het is echter niet verdedigbaar dat het inkomen van de ziekenhuisarts momenteel afhankelijk is van de kamerkeuze.

Daarom pleiten we in de eerste plaats voor een degelijke herijking van de nomenclatuur, namelijk een rechtvaardiger waardering voor intellectuele prestaties daar waar nu de technische prestaties soms overgewaardeerd worden. Minister De Block heeft het RIZIV de opdracht gegeven hier werk van te maken.

Ten tweede pleiten we voor een herziening van het systeem van ereloonsupplementen. Minister De Block heeft aangekondigd dat ze komaf wil maken met de ereloonsupplementen, maar voor de uitwerking hiervan geven we de voorkeur aan het overlegmodel. In het Medicomut-akkoord van 2016-2017, dat op 21 december 2015 gesloten werd, wordt een diepgaande discussie tussen de artsen en de ziekenfondsen rond de ereloonsupplementen voorzien. Ook de ziekenhuizen hebben een belangrijke rol in een dergelijke discussie, omdat ze via het systeem van de afdrachten een deel van hun financiering uit de erelonen halen. Een beperking van de ereloonsupplementen heeft aldus ook een invloed op wat de ziekenhuizen van artsen kunnen vragen als bijdrage in de ziekenhuisfinanciering. De uitgewerkte strategie moet er bovendien voor zorgen dat specialisten zich gemotiveerd blijven engageren voor het aanbieden van zorg in de ziekenhuizen, zodat we geen vlucht naar de private zorgverlening creëren. De eenzijdig opgelegde besparingen van oktober 2016 brengen het voortbestaan van het Medicomut-akkoord en de daaraan gekoppelde afspraken in gevaar. CM pleit voor een ernstig en constructief debat over de supplementen met het oog op het maken van bepaalde afspraken ter bescherming van de patiënt, met respect voor de objectieve financiële noden van de ziekenhuizen en met een correcte vergoeding van artsen. Volledige transparantie van de financiële stromen is een essentieel onderdeel om als partners tot een beter systeem te komen.

2. Een verbod op ereloonsupplementen voor technische prestaties

Onder 'technische prestaties' verstaan wij prestaties waarbij er geen enkel contact met de patiënt plaatsvindt en waarbij de patiënt dus niet zelf voor zijn zorgverlener kiest (typische voorbeelden hiervan zijn: prestaties voor klinische biologie en radiologie). Het aanrekenen van deze supplementen past niet in de logica van een arts-patiënt relatie en er bestaan grote praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen. Jammer genoeg zien we eveneens opnieuw een verontrustende stijging van de ereloonsupplementen op dit type prestaties.

3. Garantie van de vrije keuze van arts ongeacht het kamertype

Als ziekenfonds krijgen wij regelmatig signalen van patiënten dat zij verplicht worden voor een eenpersoonskamer te 'kiezen' indien zij door een bepaalde arts willen behandeld worden. Dit is onaanvaardbaar, want de kamerkeuze mag op geen enkele manier de bereidheid van een arts beïnvloeden om een patiënt te verzorgen en mag evenmin een invloed hebben op de beschikbaarheid van de arts. De Orde der Geneeheren stelt dat het weigeren van zorg aan een patiënt op basis van de kamerkeuze ingaat tegen de geneeskundige plichtenleer (advies van 22 februari 2014). Ook de Federale Commissie Rechten van de patiënt heeft geoordeeld dat een arts zijn patiënt niet mag beïnvloeden door bepaalde voorwaarden voor behandelingen op te leggen tegen de wil van de patiënt in (zoals de keuze voor een eenpersoonskamer) (advies 24 oktober 2014).

4. Het uitbouwen van voldoende ambulante structuren om de verkorting van de ligduur op te vangen

Het verminderen van de ligduur kan voor bepaalde medische zorgen een positieve evolutie vormen, wanneer dit efficiënter en minstens even kwaliteitsvol georganiseerd kan worden. Hiervoor moeten er wel voldoende adequate ambulante zorgvoorzieningen uitgebouwd zijn, daar waar dit nu nog niet overal het geval is. Eveneens moeten we de patiënt hoeden voor een mogelijk hogere ambulante factuur, daar de ambulante zorg niet per se goedkoper is dan de ziekenhuiszorg en niet noodzakelijk goedkoper wordt aangeboden. Bovendien verschuiven bepaalde kosten hierdoor uit de dekking van de hospitalisatieverzekeringen.

5. Een kostenraming voor patiënten vóór hun ziekenhuisopname

De variatie in de facturen voor de patiënt is enorm. Tien procent van de patiënten in het klassiek ziekenhuis betaalt, alle kamers samengeteld, minder dan 50 euro, maar een andere tien procent moet meer dan 1.339 euro neertellen en bij één op de honderd opnames loopt de factuur zelfs op tot meer dan 6.615 euro. Om verrassingen te vermijden is het dus wenselijk dat patiënten voor hun opname een kostenraming zouden krijgen, hetzij op het moment van de afspraak, hetzij via een 'kostprijssimulator' op de website van het ziekenhuis. Meer dan een ziekenhuis stelt reeds dergelijke simulator online ter beschikking. CM juicht dit toe en moedigt de andere ziekenhuizen aan hier ook werk van te maken. Artikel 8§2 van de wet op de patiëntenrechten preciseert bovendien dat de financiële gevolgen van de ziekenhuisopname deel uit maken van de informatie die de patiënt moet ontvangen om zijn geïnformeerde toestemming te kunnen geven voor de te ontvangen zorgen.

6. Solidariseren van de kost van niet-terugbetaalde geneesmiddelen onder de ziekenhuispatiënten, zodat geen enkele patiënt voor een onaangename verrassing komt te staan

CM pleit voor het solidariseren van de kost voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Elke patiënt zou dan per opname 32 euro betalen, ongeacht zijn of haar eigen gebruik van niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Deze vorm van forfaitarisering zou de onvoorspelbare variatie van de kost van niet terugbetaalde geneesmiddelen doen verdwijnen.

7. Een patiëntenfactuur van maximaal 200 euro voor een opname met overnachting in een kamer van twee of meer personen

Zonder ereloonsupplementen, met goed vergoed medisch materiaal en gesolidariseerde niet-terugbetaalde geneesmiddelen moet het mogelijk zijn de factuur voor elke patiënt in een kamer voor twee of meer personen in elk ziekenhuis te beperken tot 200 euro. In 2015 hadden, dankzij het beschermingsmechanisme van de maximumfactuur (MAF), slechts 12 procent (eveneens 12% in 2014) van de opnames in kamers voor twee of meer personen, oftewel iets minder dan 69.000 patiënten, een factuur hoger dan 200 euro. Zo kan elke patiënt er op rekenen dat hij of zij nooit meer dan 200 euro uit eigen zak zal moeten betalen.

8. Een correcte en transparante financiering van de ziekenhuizen die de verpleegkundige zorg en andere personeelskosten beter dekt

De stijgende ereloonsupplementen in eenpersoonskamers en de grote variatie tussen de ziekenhuizen en artsen doen vragen rijzen over de mechanismes van de ziekenhuisfinanciering. Welk aandeel van de artsenhonoraria is er werkelijk nodig voor een correcte ziekenhuisfinanciering? De financiële druk op de artsen om mee de werking van het ziekenhuis te financieren, is voor sommige specialisten een reden om zich op een privépraktijk te richten waar zij vrij hun honorarium kunnen bepalen.

Een transparantere en correctere financiering van de ziekenhuizen, zou deze continue stijging van ereloonsupplementen en de sluipende privatisering van de geneeskunde tegengaan. Als CM eisen we een verduidelijking van de bestemming van ereloonsupplementen. Het volledig aandeel ten laste van de patiënt in de totale inkomsten van de ziekenhuizen groeit van jaar tot jaar en maakt vandaag zo'n 10% van hun budget uit, namelijk meer dan 1,7 miljard euro. Als dit bedrag verder blijft stijgen, is er sprake van een de facto privatisering. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering laat ook toe om een einde te maken aan de voortdurende en kunstmatige verhoging van het aantal opnames, waarvan sprake lijkt te zijn. Het aantal opnames komt dan terug in lijn met de werkelijke bevolkingsevoluties en de werkelijke toestand van de publieke gezondheid.

Het Plan van Aanpak van Minister De Block van 24 april 2015 vormt hier een belangrijke aanzet toe door een hervormingskader uit te tekenen op basis van de input van de verschillende betrokken actoren. Er lopen verschillende studies die een correcte nieuwe financiering moeten verwezenlijken, maar deze dreigen onder tijdsdruk slechts beperkte resultaten op te leveren. Deze resultaten moeten vervolgens ook aanvaard worden door de spelers op het terrein. Er worden in het kader van de besparingen voor 2017 eveneens grote inspanningen van de ziekenhuizen gevraagd. De ziekenhuizen worden aangemaand om via netwerken met andere ziekenhuizen het aanbod te rationaliseren en om in dit nieuwe organisatiekader kwaliteitsvolle zorg te blijven aanbieden. De regelgeving om dergelijke aanpassingen te maken wordt nog volop uitgewerkt. Een besparing op een solidaire financiering van de ziekenhuisfinanciering, dreigt echter de kosten te verschuiven naar de individuele patiënt.