

CM ziekenhuisbarometer 2018

Mieke Dolphens – Studiedienst

Muriel Wantier – MC Assure

Benoît Rousseau – Juridische dienst

Bernard Landtmeters – Medische Directie

Met dank aan: Michiel Callens, Katte Ackaert, Kim Cierkens (Departement Onderzoek en Ontwikkeling), Crista Volckaert (Medische directie), Karen Mullié, Ghyselen Elien (Juridische dienst), Alex Peltier, Liesbet Sommen (Departement Gezondheidsbeleid), Luc Cobbaert (Departement Zorg)

Samenvatting

Voor het veertiende jaar op rij publiceerden we de CM ziekenhuisbarometer, een analyse van de ziekenhuisfacturen en –opnames van onze leden in het voorgaande jaar. De voornaamste bevindingen? In 2017 zijn de ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname verder toegenomen. Zelfs voor gestandaardiseerde ingrepen die door de band genomen goed voorspelbaar zijn en weinig variëren tussen patiënten, kunnen de ereloonsupplementen hoog oplopen en zijn er grote verschillen tussen ziekenhuizen. Het verschil in kostprijs ten laste van de patiënt in een een- dan wel twee- of meerpersoonskamer is zodanig groot geworden dat dit niet meer te verantwoorden is. Eenpersoonskamers worden stilaan enkel toegankelijk voor wie zich een hospitalisatieverzekering kan veroorloven. CM spreekt zich uit tegen een dergelijke evolutie daar het raakt aan de fundamentele principes van gezondheidszorg en sociale “zekerheid”. Meer nog, als toekomstgericht gezondheidsfonds vindt CM dat eenpersoonskamers de standaard moeten worden voor klassieke ziekenhuisopnames; 80% eenpersoonskamers en 20% twee- of meerpersoonskamers stellen we daarbij voorop als streefdoel. Eenpersoonskamers als standaard kunnen echter alleen als ook de ereloonsupplementen worden weggewerkt. De vastgestelde groei in ereloonsupplementen heeft geen reden om vanzelf stil te vallen: in 2017 en 2018 hebben zeker al 23 ziekenhuizen hun maximale ereloonsupplementpercentages verhoogd. CM pleit onomwonden voor een wettelijk verbod op ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname en lanceert een voorstel hoe een dergelijk proces er in grote lijnen zou kunnen uitzien.

De barometer leert ons verder dat ziekenhuizen creatief zijn in het zoeken naar extra inkomsten. Zo bieden steeds meer ziekenhuizen “luxe” eenpersoonskamers aan (blijkbaar beschouwen ziekenhuizen “gewone” eenpersoonskamers ook meer en meer als standaard?) en differentiëren ze daarbij niet enkel in kamersupplementen maar ook in ereloonsupplementen. Het bedrag aan kamersupplementen per dag (in eenpersoonskamers) kan zeer hoog oplopen, zonder ook maar enige verantwoording. In 2017 betaalden CM-leden daarenboven 3,74 miljoen euro aan “accommodatieforfaits” (veelal in twee- of meerpersoonskamers, waar kamersupplementen verboden zijn). Wat de keuze van het hospitalisatietype betreft (daghospitalisatie of klassieke opname) zijn er duidelijke indicaties dat deze niet steeds louter gebeurt vanuit de noden vanuit de patiënt en/of de beschikbare technische mogelijkheden.

Voor CM is het duidelijk: het wegwerken van supplementen bij ziekenhuisopname is een noodzakelijke stap willen we de verplichte ziekteverzekering – die naam echt waardig – veilig stellen. We moeten af van de supplementen zodat hospitalisatieverzekeringen overbodig worden. Een deel van het geld dat vrijkomt bij iedereen die op vandaag premies betaalt voor bijkomende ziektekostenverzekeringen volstaat en dient overgeheveld naar de verplichte ziekteverzekering van waaruit deze middelen verdeeld worden tussen ziekenhuizen en artsen-specialisten op basis van transparante, objectief gefundeerde en billijke verdeelsleutels. Dat er een correcte ziekenhuisfinanciering en dito verloning moet zijn van zorgverstrekkers die aanmoedigend werkt voor het bevorderen van gezondheid en zorgkwaliteit, staat voor CM buiten kijf. Eenpersoonskamers kunnen de norm worden, zonder dat de patiënt zich zorgen moet maken over de ziekenhuisfactuur.

Op korte termijn vragen we (1) transparantie voor de patiënt over de te verwachten kostprijs van een ziekenhuisopname (kostenramingen), (2) transparantie voor het gezondheidsfonds over de stromen van honoraria en supplementen (hoe verdelen ziekenhuizen en artsen de middelen onder elkaar en wat is de bestemming?) alsook over de bedragen ten laste van de patiënt bij ambulante en extramurale verstrekkingen en (3) een herziening van de standaardrichtingsnormen (dateren uit de jaren '60) en transparant gereguleerde kamersupplementen en kamercomfort. Tegen 2025 vragen we een vermindering van 6.000 ziekenhuisbedden, zoals becijferd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Sleutelwoorden: ziekenhuizen, patiënt, transparantie, financiële toegankelijkheid, gelijkheid toegang zorg.

1. Inleiding

In vergelijking met andere Europese landen, zijn de **out-of-pocket uitgaven** voor **gezondheidszorg** hoog in België. In ons land valt maar liefst 17% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg ten laste van de patiënt. Tellen we daar de 5% bij die **privaat gefinancierd** wordt via bijkomende ziektekostenverzekeringen, komen we op ruim 22% van de kosten voor gezondheidszorg die **niet** publiek gefinancierd wordt.¹ Wanneer we de **gezondheidsuitgaven** bekijken **relatief ten opzichte van het huishoudbudget**, zien we dat – in 2016, in België – ca. 6,3% van het huishoudbudget besteed werd aan gezondheidszorg. Ook dit percentage behoort zonder meer tot de hoogste in Europa.² Wat betreft **ongelijkheid in toegang tot zorg** scoort België slecht, zo blijkt uit recent onderzoek. Het uitstellen van zorg omwille van financiële redenen is een gestaag groeiend probleem in ons land, met name bij de laagste inkomensgroepen. In tegenstelling tot de trend in Europa boeren we er op dit vlak zelfs verder op achteruit.³ Gezondheidszorg is echter een basisrecht, een basisdienst, een publiek goed. Met een zorg- en/of gezondheidssysteem op maat van burgers die het zich kunnen veroorloven is niemand gebaat.

Wat specifiek **ziekenhuiszorg** betreft, is het **percentage dat collectief gefinancierd wordt** (d.i. publieke financiering via sociale zekerheidsbijdragen en subsidies van de federale en regionale overheden) **laag** in België vergeleken met andere Europese landen (figuur 1). De **out-of-pocket uitgaven voor ziekenhuiszorg** zijn bijzonder **hoog** in ons land, hoger ook dan de financiering uit vrijwillige regelingen (ruim 1,6 miljard euro

out-of-pocket uitgaven **versus** bijna 1,3 miljard euro uit vrijwillige regelingen in 2016).⁴ Elke evolutie in de ziekenhuiszorg die een verdere toename inhoudt van de kost ten laste van de patiënt, is voor CM dan ook geen optie. Sterker nog, **een transfer van middelen richting budget van de verplichte ziektekostenverzekering dringt zich op.**

Het huidige financieringsmodel van de ziekenhuissector voortzetten dient noch het belang van de individuele patiënt, noch het algemene belang. Meer nog, het huidige model voortzetten – waarbij ziekenhuizen inkomsten dreigen te verliezen als hun activiteit minder toeneemt dan die van hun peers en waarbij de factuur steeds meer doorschuift richting patiënt – is simpelweg onhoudbaar. CM onderschrijft de nood aan een nieuw en transparant financieringssysteem van ziekenhuizen, waarbij de toegankelijkheid tot kwaliteitsvolle zorg voor elke burger gewaarborgd is. Dat ziekenhuizen voldoende vergoed moeten worden voor hun kosten, is evident. Dat zorgverstrekkers correct verloond moeten worden evenzeer. Maar ook incentives ter bevordering van gezondheid en zorgkwaliteit in haar verschillende dimensies zijn cruciaal. Een aantal eerste, schuchtere stappen in die richting worden (of werden recent) gezet. Zo is er onder meer de laagvariabele zorg (per 1 januari 2019) en het pay-for-quality initiatief (voor het eerst toegekend in het Budget van Financiële Middelen van 1 juli 2018). Maar mag het iets meer zijn? Een grondige hervorming van het ganse ziekenhuisfinancieringssysteem dringt zich al jarenlang op.

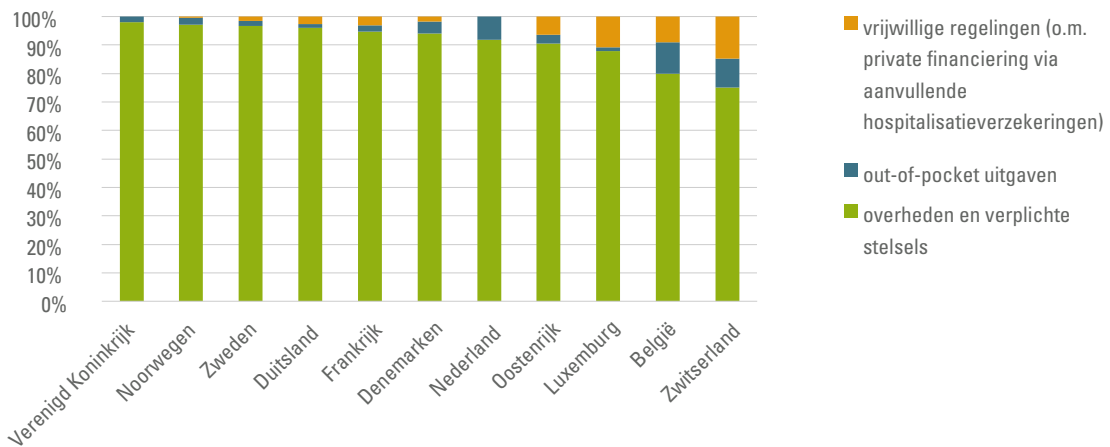
1 Bron: Eurostat, Health care expenditure by financing scheme (hlth_sha11_hf), 2015, beschikbaar via http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha11_hf&lang=en.

2 Bron: OECD.Stat. Final consumption expenditure of households, beschikbaar via https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE5#; gegevensextractie op 01-10-2018.

3 Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juni 2018. Beschikbaar via <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes>; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), België: Landenprofiel Gezondheid 2017, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264285064-nl>. Figuur 4 en 11. Beschikbaar via https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgie-landenprofielgezondheid-2017_9789264285064-nl.

4 Bron: OECD.Stat. Health expenditure and financing, data 2016, beschikbaar via https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; gegevensextractie op 01-10-2018

Figuur 1. De financiering van ziekenhuiszorg, volgens type financiering, 2016 of laatste beschikbare jaar.



Bron: OECD.Stat. Health expenditure and financing, beschikbaar via https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; gegevensextractie op 01-10-2018.

Voor CM is het duidelijk: het **verder afbouwen van bedden en het terugdringen van overconsumptie in de acute zorg** is nodig om het relatief hoge beslag dat de acute zorg (bedden, diensten, zorgprogramma's en nomenclatuurprestaties) legt op de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg, gecontroleerd af te bouwen. Het KCE berekende dat er – t.o.v. de behoefte aan bedden in 2025 en rekening houdend met de versnelde veroudering die er aan komt – **5.832 erkende bedden te veel** zijn.⁵ De overcapaciteit die er vandaag is, werkt onnodige of vermijdbare opnames mee in de hand en vormt een remmende factor voor de overgang van klassieke ziekenhuisopnames naar dagbehandelingen en ambulante zorg. We dringen er dan ook op aan dat de nodige stappen gezet worden om het **aanbod aan ziekenhuisbedden tegen 2025 te verminderen met 6.000 eenheden**. Belangrijk is dat de schaarse middelen geïnvesteerd worden in een mensgericht gezondheids- en welzijnssysteem, in werkelijke zorg- en welzijnsbehoeften in het licht van een duidelijk langetermijnperspectief (o.m. chronische zorg, ouderenzorg, preventieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en gezondheidspromotie). Ook innovatieve intermediaire zorgvormen moeten in deze context grondig bestudeerd worden, en vervolgens gestructureerd georganiseerd en gereguleerd. De zorg kan en moet beter geregeld worden, zonder kwaliteitsverlies, eerder met kwaliteitswinst. CM wil hier als constructieve partner graag aan meewerken.

De (vernieuwde) structuur van het **CM ziekenhuisbarometer** onderzoeksrapport weerspiegelt haar **tweeledige doelstelling**. Enerzijds willen we onze leden coachen door het complexe

zorglandschap, in het bijzonder door die aspecten die verband houden met ziekenhuisopnames. Anderzijds grijpen we de jaarlijkse ziekenhuisbarometer aan om het gezondheidszorgbeleid mee te ondersteunen, een goed beheer van de gezondheidszorgverzekering mee te voeden, het naleven van de regelgeving te helpen handhaven, doeltreffende gezondheidszorg mee te helpen bevorderen en het maatschappelijk debat op cruciale punten (opnieuw) aan te wakkeren. Als gezondheidsfonds van de toekomst blijven we deze actieve en verantwoordelijke rol gretig en met veel goesting verder opnemen.

Dit artikel herneemt geenszins de volledige studie zoals gepubliceerd op onze website, maar voorziet in een samenvatting van het deel gericht tot de beleidsmaker/professional en in enkele bijkomende commentaren. Het volledige rapport is beschikbaar via <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/ziekenhuisbarometer-2017>.

2. Methode

De CM ziekenhuisbarometer is een jaarlijkse studie die betrekking heeft op het hospitalisatiegedeelte van de algemene en universitaire ziekenhuizen in België. Deze veertiende editie analyseert de ziekenhuisfacturen van de ca. 1,5 miljoen opnames van CM leden in 2017. Zowel ziekenhuisopnames met als zonder overnachting (respectievelijk klassieke opnames en

⁵ KCE rapport 289AS over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/benodigdeziekenhuiscapaciteit-in-2025-en-criteria-voor-aanbodbeheersing-van-comp>.

dagopnames) waarbij geneeskundige verstrekkingen hebben plaatsgevonden die terugbetaald zijn door de verplichte ziekteverzekering (ZIV), maken deel uit van de studie. De gegevens uit onze vorige edities worden evenwel meegenomen, wat toelaat om evoluties doorheen de tijd te zien. Bij alle geldelijke bedragen in het rapport is de index verdisconteerd. Bijgevolg is elke vermelde evolutie (groei of daling) reëel en niet het gevolg van inflatie.

Nieuw is dat we – naast de “algemene” analyses – deze keer ook 12 courant voorkomende ingrepen onder de loep hebben genomen: verwijderen van de appendix, verwijderen van de galblaas, liesbreukherstel, plaatsen pacemaker, plaatsen stent (kransslagader hart), bevalling, cataractingreep, plaatsen heupprothese, plaatsen knieprothese, verwijderen meniscus (knie), verwijderen prostaat en spataderoperatie. Bij deze 12 patiëntengroepen focussen we niet enkel op het kostenplaatje, maar ook op een aantal indicatoren voor (variatie in) zorgkwaliteit.

Net zoals de voorbije jaren ontvingen alle ziekenhuizen hun individuele algemene resultaten voorafgaand aan de publicatie van de ziekenhuisbarometer. Deze werkwijze (ziekenhuizen krijgen de mogelijkheid om opmerkingen te formuleren en/of correcties door te (laten) voeren) laat ons toe om onze gegevens verder te verbeteren en om eventuele fouten of praktijken in de facturatie te (helpen) detecteren.

In vergelijking met de vorige edities van de CM ziekenhuisbarometer, gaat dit jaar de aandacht ook explicieter naar het ruimere kader. Waar nuttig, refereren we graag naar

bestaande rapporten en publiek beschikbare cijfers (o.m. van de OESO, het RIZIV, IMA, etc.). Ook internationale benchmarking, trends in het buitenland, koppeling van de praktijkvoering in België aan guidelines en resultaten uit ledenbevragingen, link naar het huidige wetgevend en reglementair kader in ons land, ... komen aan bod.

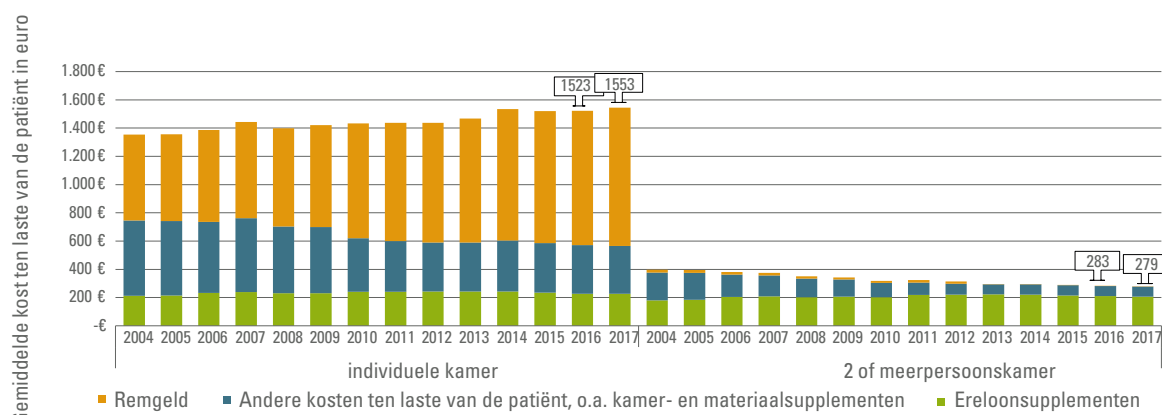
Een gedetailleerde beschrijving van de methodologie is te vinden in het rapport, te raadplegen via de CM website.

3. Resultaten en discussie

Door te stellen dat de ereloonsupplementen de voorbije jaren in hoog tempo sterk gestegen zijn, dat ze de patiëntenfactuur steeds meer domineren en dat de gevraagde bedragen enorm variëren (van streek tot streek, van ziekenhuis tot ziekenhuis, van discipline tot discipline en van zorgverstreker tot zorgverstreker) zonder hiervoor een rechtvaardiging of sociaal nut te vinden, trappen we een open deur in.⁶

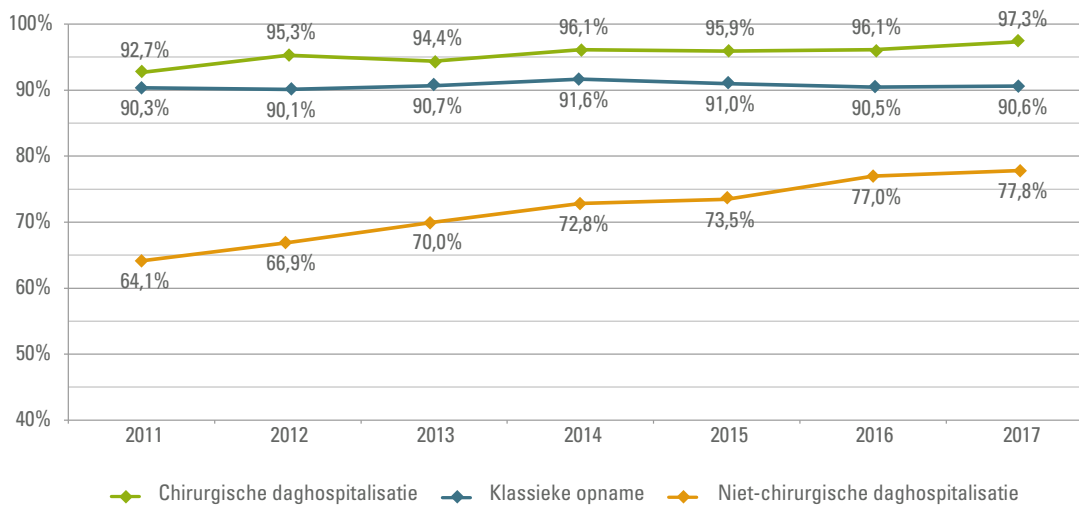
De veertiende CM ziekenhuisbarometer toont dat de **ereloonsupplementen** geïnd bij de gehospitaliseerde patiënt **verder toegenomen** zijn in 2017. Per opname op een eenpersoonskamer zijn de ereloonsupplementen opnieuw gestegen met 3,5% (klassieke hospitalisatie; figuur 2) en met 1,7% (chirurgische daghospitalisatie) in vergelijking met 2016, bovenop de index. Ook worden deze supplementen steeds

Figuur 2: Evolutie van de gemiddelde kost ten laste van de patiënt voor een klassieke opname, per kamertype (gegevens CM leden, 2004 – 2017, prijzen 2017).



6 Zie de 13 vorige CM Ziekenhuisbarometers en de IMA studie “Ereloonsupplementen in acute ziekenhuizen” (2017) beschikbaar via <https://www.imaaim.be/Ereloonsupplementen-in>.

Figuur 3. Evolutie van het procentuele aandeel van de opnames in eenpersoonskamers waarbij ereloon-supplementen worden aangerekend, per hospitalisatietype (gegevens CM leden, 2011 – 2017).



systematischer aangerekend bij dagopnames op eenpersoonskamers (figuur 3). De totale massa ereloon-supplementen betaald door CM leden bij ziekenhuisopname is verder toegenomen tot 205 miljoen euro in 2017. De vastgestelde groei heeft geen reden om vanzelf stil te vallen. In 2017 trokken 11 ziekenhuizen hun maximale ereloon-supplementpercentages op; in 2018 deden minstens 12 andere ziekenhuizen hetzelfde (stand van zaken 12-12-2018). De groei in ereloon-supplementen dreigt aan te houden en de kosten dreigen verder te verschuiven naar de patiënt als we nu niet daadkrachtig handelen (zie argumentarium in het uitgebreide rapport). Dat een aantal ziekenhuizen het maximale ereloon-supplementpercentage recent terug geschroefd hebben (o.a. AZ Sint-Lucas in Brugge (van maximaal 300% naar 200% voor niet-geconventioneerde artsen met behoud van maximaal 100% voor geconventioneerde artsen (2018)) en Europaziekenhuizen in Brussel (van maximaal 300% naar 200% voor alle artsen (2019)) is lovenswaardig doch ontoereikend om de algemene trend in België om te buigen. Tegelijkertijd stellen we immers vast dat er steeds meer ziekenhuizen zijn met uitzonderingen op hun “normale” maximumpercentage ereloon-supplementen (bijv. hogere maximumpercentages gelden voor specifieke disciplines, gebruik van bepaalde technologieën, verblijven op luxe eenpersoonskamers, ...).

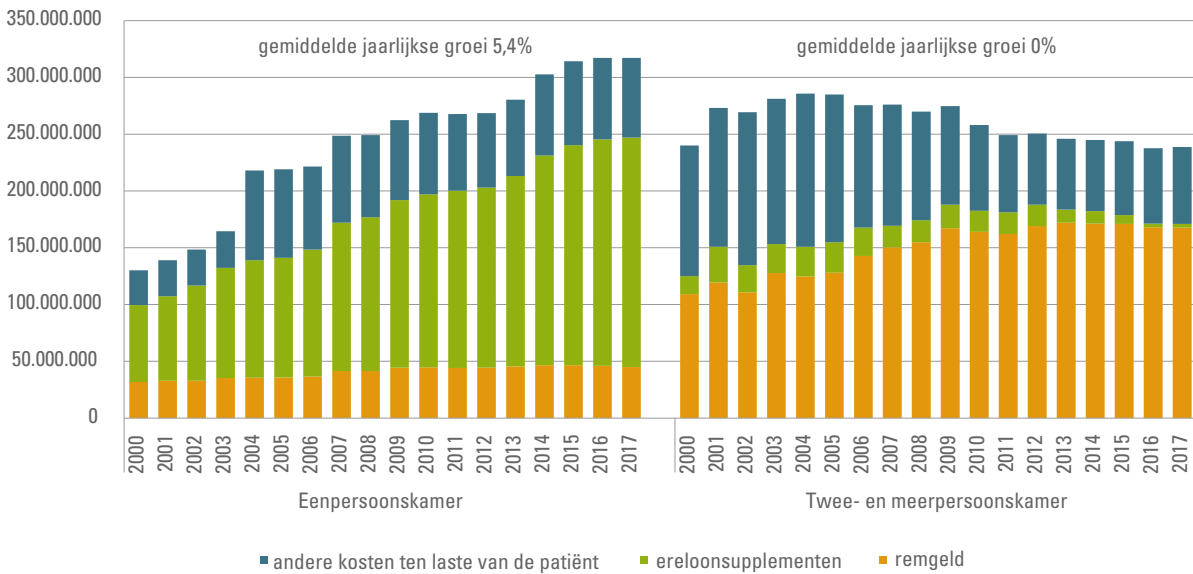
In 2017 betaalden alle gehospitaliseerde patiënten samen (d.i. ruimer dan gehospitaliseerde CM leden) **563 miljoen euro ereloon-supplementen**. Eventuele ereloon-supplementen gekoppeld aan vooronderzoeken en nacontroles zitten niet vervat in genoemd bedrag. Merk op dat – tussen 2015 en 2017 – de gemiddelde jaarlijkse groei van ereloon-supplementen bij

ziekenhuisopnames 2,5 keer groter was dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de officiële ZIV honoraria (3% tegenover 1,2%). In 2017 waren er 9.986 ziekenhuisopnames waarbij de ereloon-supplementen minstens 5.000 euro bedroegen (per opname), wat een toename is met 40% t.o.v. 2014. Maar liefst 2.913 patiënten werden geconfronteerd met een cumulatief bedrag van meer dan 10.000 euro aan ereloon-supplementen voor hun ziekenhuisopname(s) in 2017, wat 50% meer is dan in 2014. Soortgelijk betaalden 37.408 patiënten meer dan 3.000 euro aan ereloon-supplementen voor hun ziekenhuisopname(s) in 2017. Drie jaar eerder – in 2014 – waren dit “nog maar” 30.032 patiënten.⁷ Dergelijke evoluties zijn onaanvaardbaar. Laten we in deze context ook niet vergeten dat de patiënt zonder hospitalisatieverzekering op geen enkele manier beschermd is tegen (hoge) ereloon-supplementen, ook niet door sociale vangnetten zoals de maximumfactuur of het statuut verhoogde tegemoetkoming van medische kosten.

Hoe leg je in het buitenland daarenboven uit dat de medische kost ten laste van de patiënt verschilt naargelang diens kamerkeuze (geen ereloon-supplementen in twee- en meerpersoonskamers, wel in eenpersoonskamers)? Dat de maximale ereloon-supplementpercentages kunnen verschillen tussen “luxe-eenpersoonskamers” en “standaard eenpersoonskamers”? Of dat deze kunnen verschillen naargelang de discipline waartoe de arts behoort of naargelang de gebruikte technologie (vb. robotgeassisteerde ingrepen)? Slaagt de zelfregulering, o.a. via de deontologie, er in de praktijk nog in om de erelonen (“supplementen”) binnen aanvaardbare, gematigde en bescheiden perken te houden? Niettegenstaande slechts 12% van de ziekenhuisopnames van CM leden

7 <https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloon-supplementen-05-02-2019>

Figuur 4. Som van alle kosten ten laste van de gehospitaliseerde patiënt, per kamertype (gegevens CM leden, alle hospitalisatypes gecumuleerd, 2000 – 2017, prijzen 2017).

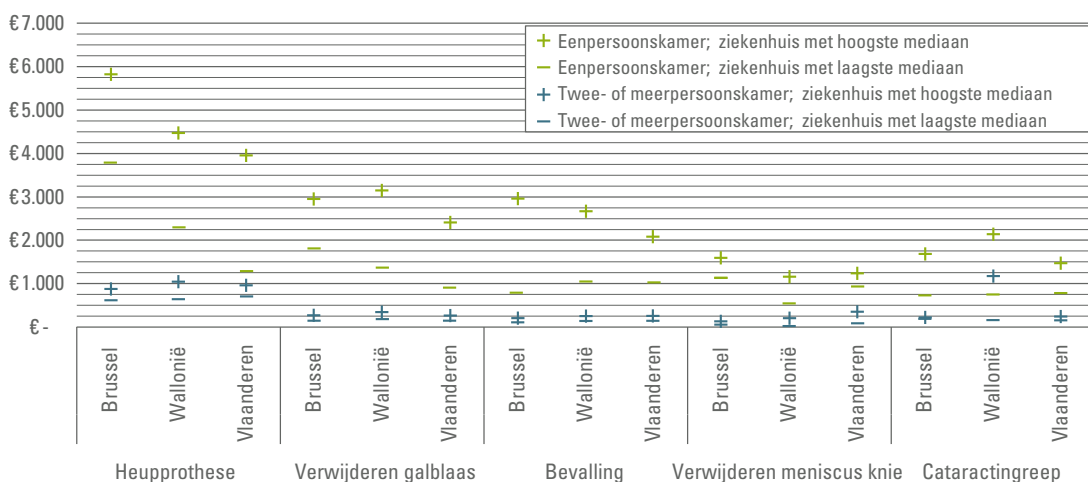


plaatsvindt in een eenpersoonskamer, zijn – vanuit het perspectief van de zorgaanbieder – de totale inkomsten uit patiëntbetalingen op eenpersoonskamers hoger dan deze uit gemeenschappelijke kamers (figuur 4).

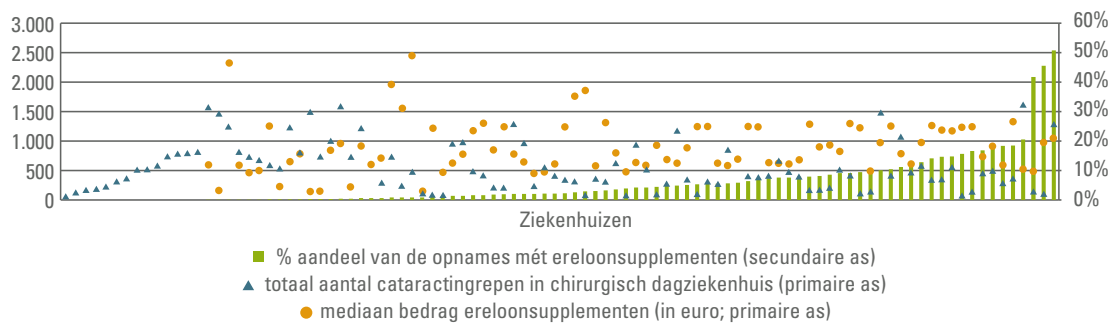
We stellen vast dat er **grote verschillen** zijn (tussen ziekenhuizen, tussen regio's maar ook binnen ziekenhuizen) wat betreft de kostprijs ten laste van de patiënt, zelfs voor gestandaardiseerde ingrepen die door de band genomen goed

voorspelbaar zijn en weinig variëren tussen patiënten. Niet enkel de gevraagde bedragen (figuur 5), maar ook het procentuele aandeel van de opnames waarbij ereloon-supplementen worden aangerekend (figuur 6) kunnen erg verschillen. Biedt elk ziekenhuis in de praktijk wel nog afdoende mogelijkheden voor de patiënt om opgenomen te worden zonder ereloon- en kamersupplementen (ook in daghospitalisatie), met dezelfde kwaliteit van zorg in al haar dimensies?

Figuur 5. Totale kostprijs ten laste van de patiënt voor 5 courant voorkomende interventies: plaatsen heupprothese (klassieke opname), verwijderen galblaas (klassieke opname), bevalling (klassieke opname), verwijderen meniscus knie (chirurgische daghospitalisatie), cataractingreep (chirurgische daghospitalisatie) – per kamertype, gewest en ziekenhuis. Gegevens CM leden, 2017, enkel voor ziekenhuizen met minimum 10 opnames van CM leden in 2017 zijn geïncludeerd.



Figuur 6. Per ziekenhuis het procentuele aandeel van de patiënten bij wie in 2017 ereloon-supplementen werden aangerekend voor een cataractingreep in daghospitalisatie (secundaire as), alsook het totale aantal cataractingrepen in daghospitalisatie (primaire as) en de mediaan van de ereloon-supplementen (primaire as). Basis: 56.103 cataractingrepen bij CM leden uitgevoerd in daghospitalisatie in 2017; ziekenhuisoverkoepelend beschouwd werden bij 5,4% van deze patiënten ereloon-supplementen aangerekend.



De kloof in kostprijs ten laste van de patiënt bij opname in een eenpersoonskamer dan wel in een twee- of meerpersoonskamer is met de tijd groter geworden (zie figuur 2 voor klassieke opnames). De toename in medische kosten in de vorm van steeds toenemende ereloon-supplementen op eenpersoonskamers speelt hierin een hoofdrol. In 2017 maakten de **ereloon-supplementen gemiddeld 2/3 tot 4/5 uit van de totale kostprijs ten laste van de patiënt in een eenpersoonskamer**. Nemen we daar de kamersupplementen bij, zien we dat – gemiddeld genomen – 80% à 90% van de patiëntenfactuur voor opname in een eenpersoonskamer bestaat uit genoemde supplementen. **Een patiënt op een eenpersoonskamer betaalt al gauw een veelvoud van iemand opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer**. Het verschil is danig groot geworden dat het niet meer te verantwoorden is. Enkele voorbeelden op basis van CM gegevens: de mediane patiëntenfactuur voor een bevalling met verblijf op een eenpersoonskamer was in 2017 7,7 keer hoger dan op een twee- of meerpersoonskamer (1.390 euro *versus* 181 euro), voor het plaatsen van een pacemaker was het verschil factor 9,7 (1.731 euro *versus* 179 euro), een cataractingreep met het nadien even tot rust komen op een eenpersoonskamer (daghospitalisatie) was 5,4 keer duurder dan op een twee- of meerpersoonskamer (1.153 euro *versus* 212 euro), ...

Een dergelijke evolutie brengt ontegensprekelijk een **dualisering in zorg** met zich mee, waarbij **stilaan enkel nog patiënten die een hospitalisatieverzekering kunnen betalen in een eenpersoonskamer kunnen verblijven**. Dit is een richting die CM als gezondheidsfonds niet uit wil omdat het raakt aan de

fundamentele principes van onze gezondheidszorg. Iedereen heeft recht op betaalbare, toegankelijke en (even) kwaliteitsvolle zorg. Toegankelijkheid van zorg (dus ook van zorg in eenpersoonskamers) zien wij als een van de vele indicatoren van kwaliteitsvolle zorg, met de patiënt centraal.

Als toekomstgericht gezondheidsfonds vinden wij dat **eenpersoonskamers de standaard** moeten worden voor **klassieke ziekenhuisopnames**. Op basis van een grootschalige ledenbevraging en gesterkt door (internationale) vakliteratuur, schuiven wij een verhouding van **80% eenpersoonskamers** en 20% twee- of meerpersoonskamers naar voor als zijnde een gezond en realistisch streefdoel. Frequent zien wij leden die voor een eenpersoonskamer gekozen hebben, niet omwille van “luxe” maar omwille van de ernst van hun gezondheidstoestand en dan ongewild geconfronteerd worden met torenhoge supplementen. Internationale studies tonen duidelijk aan dat er meer voordelen dan nadelen verbonden zijn aan eenpersoonskamers en dat de meerkost (constructie- en schoonmaakkosten) voor ziekenhuizen met overwegend/uitsluitend eenpersoonskamers zeer beperkt is.

In aanloop naar de verkiezingen in 2019 pleit CM onomwonden voor een **wettelijk verbod op het aanrekenen van ereloon-supplementen bij gehospitaliseerde patiënten**. Sommige critici stellen dat het afschaffen van de ereloon-supplementen de ziekenhuizen in de problemen zou brengen, waarbij in eenzelfde adem vaak gerefereerd wordt naar de resultaten uit de MAHA studie.⁸ Echter, bij gebrek aan transparantie vanuit de sector (artsen en ziekenhuizen) is het

⁸ De MAHA studie is een jaarlijkse analyse van de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen, uitgevoerd door Belfius. De meest recente studie (boekjaar 2017, beschikbaar via <https://www.belfius.com/NL/publicaties/nieuwsberichten/2018/Pressrelease20181010MAHA.aspx?firsttWA=no>) toont onder meer dat (1) de financiële structuur van de sector globaal genomen gezond blijft, (2) de algemene ziekenhuizen ongeveer evenveel blijven investeren als vorig jaar (bijna 1,5 miljard euro), en (3) het courant resultaat 0,2% vertegenwoordigt van de omzet in 39 instellingen (d.i. meer dan 40%) een tekort vertoont voor 2017. Merk op dat in de studie geen cijfermateriaal beschikbaar is over eventuele provisies, wat echter een completer beeld zou kunnen geven.

onmogelijk om dit te objectiveren. Niemand weet welk deel van de supplementen aan het ziekenhuis of aan de artsen toekomen. Wij geloven dat waar een wil is ook een weg is. Au fond betreft het een **maatschappelijke keuze**: de steeds toenemende ereloonsupplementen hollen de inspanningen die de gemeenschap levert voor de ziekteverzekering uit en tasten de effectiviteit ervan aan. Daar waar de solidariteit – waar iedereen toe bijdraagt – betracht (even) kwaliteitsvolle gezondheidszorg toegankelijk te houden voor elkeen, ondermijnen de ereloonsupplementen dit grondbeginsel. CM onderschrijft het **belang van een correcte ziekenhuisfinanciering en van een correcte verloning voor artsen-specialisten, met billijkheid in de loonspanning tussen de verschillende specialismen binnen het artsencorps**. Ook

transparantie over de lonen van topbestuurders in non-profitorganisaties, waartoe de ziekenhuizen behoren, is aangewezen. Finaal betreft dit niet meer dan een vraag naar verantwoording van de besteding van publieke middelen.

Doorheen de jaren heeft zich een pervers systeem ontwikkeld waarbij het bestaan van hospitalisatieverzekeringen aangegrepen wordt als alibi om steeds hogere supplementen aan te rekenen en waarbij de steeds toenemende supplementen de premies voor hospitalisatieverzekeringen de hoogte instuwen. Het is deze **kostenverhogende spiraal** die **CM wil doorbreken** omdat het raakt aan de fundamentele principes van onze gezondheidszorg. **Wanneer supplementen verdwijnen, zijn er eigenlijk geen hospitalisatieverzekeringen meer nodig.**

Het gecontroleerd afschaffen van ereloonsupplementen bij de gehospitaliseerde patiënt zou er in grote lijnen als volgt kunnen uitzien:

1. Afkondigen van een **wettelijk verbod op ereloonsupplementen in hoofde van gehospitaliseerde patiënten** (zowel daghospitalisatie als klassieke opname). Dit moet leiden tot een **gevoelige vermindering van de premies voor een bijkomende ziektekostenverzekering**, zowel voor individuele als voor collectieve contracten.

Relevante achtergrondinfo:

In 2015 bedroeg de totale premiemassa voor bijkomende ziektekostenverzekeringen in België ruim 1,7 miljard euro.⁹

2. De financiële middelen die hierbij vrijkomen bij iedereen die een premie betaalt voor een bijkomende ziektekostenverzekering worden gedeeltelijk en op solidaire wijze getransfereerd naar het budget van de verplichte ziektekostenverzekering: **re-integratie van 650 mio euro** (periodiek te herzien) **in de verplichte ziektekostenverzekering**.

Gelet op de lagere administratiekosten en de grotere kostenbeheersing in de verplichte ziektekostenverzekering in vergelijking met de private ziektekostenverzekering, zullen deze **middelen efficiënter worden aangewend in het voordeel van alle sociaal verzekerden**.

Methodes om de 650 mio euro te integreren in de verplichte ziekteverzekering (te bespreken met de sociale partners):

- hetzij via het optrekken van de sociale bijdrage;
- hetzij via het optrekken van het aandeel van de sociale zekerheid in de alternatieve financieringsbronnen;
- hetzij via een verhoging van de algemene staatstoelagen;
- hetzij via een combinatie van deze maatregelen.

Relevante achtergrondinfo: in 2017 bedroegen de ereloonsupplementen geïnd bij de gehospitaliseerde patiënt 563 miljoen euro.¹⁰

3. **Verdeling van deze som tussen ziekenhuizen** (budget van financiële middelen) **en artsen-specialisten** op basis van transparante, objectief gefundeerde, en billijke verdeelsleutels.

⁹ Cijfergegevens: NBB

¹⁰ <https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloonsupplementen-05-02-2019>

Een **eerste stap en cruciale stap** in deze oefening is **transparantie**. Transparantie o.m. over de (stromen van) erelonen en supplementen (“hoe verdelen ziekenhuizen en artsen de middelen onder elkaar en wat is de bestemming?”) en over de kosten die een opname met zich meebrengt uitgezet tegen de financiering die een ziekenhuis ontvangt.

Teneinde een **mogelijke shift van ereloon-supplementen** van de ziekenhuis- naar de ambulante sector te kunnen opvolgen, is ook vanuit de poliklinische en ambulante setting **voldoende informatie** noodzakelijk. We vragen **totale transparantie** over de **aangerekende bedragen** en plaats van verstrekking **bij ambulante en extramurale verstrekkingen** zeker ook wanneer de derdebetalersregeling wordt toegepast.

Uit de focusgroepen die CM georganiseerd heeft in het kader van de Actie Patiëntenrechten in 2018, weten we dat patiënten in de praktijk zelden spontaan en voorafgaandelijk financiële informatie krijgen met betrekking tot een geplande ziekenhuisopname.¹¹ Er is nood aan duidelijke en begrijpelijke financiële informatie vóór de eigenlijke opname: informatie gegeven bij intake – op de opnamedag zelf – dringt vaak minder door (patiënten zijn soms angstig/zenuwachtig voor de ingreep die zal plaatsvinden en zijn dan vooral bezig met hun gezondheid), geeft geen kostprijs uitgedrukt in euro's en geeft de patiënt geen inzicht in de ware financiële impact van de kamerkeuze. Ook zijn de mogelijkheden tot het inwinnen van bijkomende informatie op dat moment beperkt. We dringen er op aan dat patiënten voor hun ziekenhuisopname een duidelijke **kostenraming** krijgen en refereren daarbij naar de diverse juridische bepalingen inzake de plicht van zorgverleners en verzorgingsinstellingen om hun patiënten te informeren, niet enkel over medische aspecten maar ook over de te verwachten kostprijs.¹² **Minstens voor een limitatieve lijst van courant voorkomende ingrepen vragen we dat elk ziekenhuis online kostenramingen beschikbaar stelt tegen 01-07-2019** middels een duidelijk en verstaanbaar **standaardmodel**. Dergelijke standaard kostenramingen, minstens beschikbaar via de ziekenhuiswebsite, zijn een handig hulpmiddel ter ondersteuning van de dialoog tussen zorgvrager en –verstrekker. We zijn tevreden dat dit punt reeds uitvoerig werd besproken op de werkgroepvergaderingen “ereloon-supplementen” in het kader van de uitvoering van het Nationaal Akkoord Artsen Ziekenfondsen van 19-12-2017¹³ en hopen op een snelle uitvoering daar dit zeker een stap vooruit zou zijn in de **financiële transparantie ten aanzien van de patiënt**. Naar aanleiding van de Actie Patiëntenrechten heeft CM – tussen oktober 2017 en

januari 2018 – de ziekenhuiswebsites geanalyseerd op o.m. financiële transparantie m.b.t. geplande ziekenhuisopnames. Hieruit bleek dat, in genoemde periode, ingreepspecifieke kostenramingen te vinden waren op 36 websites (d.i. op ruim 35% van de ziekenhuiswebsites).¹⁴

Zoals bij ereloon-supplementen, is ook de mogelijkheid tot het factureren van **kamersupplementen** gebonden aan de kamerkeuze van de patiënt. Een kamersupplement is een supplement dat gevraagd kan worden aan een patiënt die bij ziekenhuisopname kiest voor een verblijf in een individuele kamer. Op heden zijn er geen wettelijke bepalingen omtrent wat een kamersupplement (niet) dekt. De totale massa van deze supplementen betaald door CM leden in 2017 was **46,8 miljoen euro** (waarvan 44,2 miljoen euro voor ziekenhuisopnames met minstens 1 overnachting, 1,6 miljoen euro voor niet-chirurgische daghospitalisatie en 1 miljoen euro voor chirurgische daghospitalisatie). We stellen vast dat er een zeer grote variatie is in de gevraagde bedragen per dag, naargelang het ziekenhuis, de afdeling, de vleugel van het ziekenhuisgebouw, het hospitalisatietype, In 2017 liepen de kamersupplementen voor klassieke opnames bij sommige CM leden op tot 259 euro per dag (op materniteit) en voor dagopnames tot 150 euro per dag (voor het tot rust komen na een cataractingreep). Niettegenstaande er in sommige gevallen bij daghospitalisatie bijna geen sprake is van een kamer (en de patiënt gewoon even uitrust in een zetel), zien we dat de kamersupplementen ook in daghospitalisatie erg hoog kunnen oplopen in sommige ziekenhuizen. CM wil – bij voorkeur in samenspraak met de sector – komen tot **een beperking van de kamersupplementen op eenpersoonskamers, gekoppeld aan objectieve criteria**. We vinden dat **elk ziekenhuis een voldoende aanbod** moet hebben van **eenpersoonskamers tegen een hotelkost die redelijk is en aansluit bij hedendaagse, realistische inrichtingsnormen**. Wat “redelijk” is moet worden vastgesteld; wij denken o.a. aan vastgelegde, transparante maximumprijzen.

Daarnaast verdient het zogenaamde “**kamercomfort**” (ook wel eens “accommodatieforfaits” of “comfortsupplementen” genoemd) onze bijzondere aandacht. In de regel betreft het een (ziekenhuisspecifieke) vergoeding die de patiënt betaalt voor bijkomende diensten die hij/zij vraagt (vb. het gebruik van een televisie, ijskast, telefoon, wifi, ... op de kamer). In de praktijk echter zien we dat sommige ziekenhuizen deze code forfaitair en automatisch proberen te koppelen aan de kamerkeuze (meestal gemeenschappelijke kamers), waardoor het accommodatieforfait de facto een verdoken kamersupplement

11 Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Actie Patiëntenrechten 2018: Vinden patiënten hun weg naar financiële informatie bij een ziekenhuisopname? CM Informatie, 273, 41-46.

12 De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt, de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg en het Wetboek economisch recht.

13 De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen en artsen. De werkgroep wordt voorgezeten door de administrateur generaal van het RIZIV en door de directeur generaal van de FOD Volksgezondheid. Ook de Beleidscel van de Minister neemt deel aan de besprekingen.

14 Patiënt weet nog te weinig wat hij zal betalen in ziekenhuis. Persbericht CM 17 april 2018, beschikbaar via <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/patient-weet-nog-te-weinig-wat-hij-zal-betalen-in-ziekenhuis>

is. CM vindt dat de patiënt – na voorafgaandelijk in een duidelijke taal geïnformeerd te zijn over de diensten die hem/haar kunnen worden aangeboden en de prijs ervan – **op een uitdrukkelijke wijze vrij moet kunnen beslissen** of hij/zij deze diensten wenst of niet. Als de patiënt kiest voor bepaalde diensten, moet dit een actieve keuze zijn (en dus **geen opt-out regeling**). In 2017 betaalden CM leden **3,74 miljoen euro** voor kamercomfort, waarvan 3,2 miljoen euro voor opnames in twee- of meerpersoonskamers (waar kamersupplementen bij wet verboden zijn) en 0,5 miljoen euro voor opnames in eenpersoonskamers (waar ook al kamersupplementen worden aangerekend). CM vindt dat er een duidelijkere regelgeving – en betere opvolging ervan – moet komen wat betreft het aanrekenen van diensten gelinkt aan het comfort van een ziekenhuiskamer.

Verband houdend met de kamersupplementen en accommodatieforfaits, vragen we **een herziening en actualisering van de standaardinrichtingsnormen voor ziekenhuiskamers** (alle kamertypes). De inrichtingsnormen die door ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, zijn gevat in het KB van 23-10-1964. De inrichtingsnormen van de jaren '60 komen echter niet noodzakelijk nog overeen met de standaarden anno 2018. Behoren bijv. tv, wifi, ... tot de standaarduitrusting van een ziekenhuiskamer anno 2018 of zijn ze nog steeds “extra’s”?

Een ander aandachtspunt is dat de keuze voor het hospitalisatietype **niet steeds louter lijkt te gebeuren vanuit de noden van de patiënt en/of de beschikbare technische mogelijkheden**, maar soms ook gestuurd wordt door andere factoren zoals o.m. (wijzigingen in) financiering en/of socio-economische factoren. Ook in andere publicaties werd dit fenomeen reeds beschreven.¹⁵ Als voorbeeld haalden we in de ziekenhuisbarometer o.a. het verwijderen van de galblaas aan. Volgens experts kan een cholecystectomie in de helft van de gevallen perfect worden uitgevoerd in daghospitalisatie. Onze cijfers tonen echter dat – in 2017 – 90,5% van de cholecystectomieën bij onze leden hebben plaatsgevonden in klassieke opname. Ook zijn er heel grote verschillen tussen ziekenhuizen voor veel ingrepen. Zo zagen we bijv. voor unilaterale liesbreukoperaties dat het aandeel van de ingrepen dat gebeurt in daghospitalisatie dan wel in klassieke opname varieert tussen de 0% en 83,9%, afhankelijk van het ziekenhuis. Zoals gesteld wensen we het maatschappelijk debat aan te

wakkeren. Zijn we goed bezig? En wensen we op een constructieve wijze mee te werken aan mogelijke oplossingen. Een **open debat moet dringend gevoerd** worden teneinde de **financiering van ziekenhuizen en artsen grondig te hervormen. Het afschaffen van de ereloonsupplementen in hoofde van de gehospitaliseerde patiënt** via een proces zoals beschreven in dit werk, **kan helpen om doelgericht en concreet vooruit te gaan** in dergelijke complexe denkoefeningen.

4. Conclusie

Als toekomstgericht gezondheidsfonds pleit CM voor:

- Transparantie voor de patiënt over
 - de te verwachten kostprijs van een ziekenhuisopname (kostenramingen)
 - de zorgkwaliteit
- Transparantie voor het gezondheidsfonds over
 - de (stromen van) erelonen en supplementen: hoe verdelen ziekenhuizen en artsen de middelen onder elkaar en wat is de bestemming
 - de kosten die een opname met zich meebrengt uitgezet tegen de financiering die een ziekenhuis ontvangt
 - de bedragen ten laste van de patiënt bij ambulante en extramurale verstrekkingen
 - zorgkwaliteit
- Afschaffen van de supplementen bij ziekenhuisopname, met op korte termijn:
 - transparant gereguleerde kamersupplementen (inclusief inperking van excessen) en kamercomfort, samen met een herziening van de architectonische en inrichtingsnormen van ziekenhuiskamers
 - wettelijk verbod op ereloonsupplementen bij gehospitaliseerde patiënten
- Een vermindering van 6.000 ziekenhuisbedden tegen 2025 zoals het KCE voorstelt, met meer transmurale en behoeftegestuurde (chronische en preventieve) zorg
- Eenpersoonskamer als standaard bij klassieke opname (verhouding 80% eenpersoonskamers, 20% twee- en meerpersoonskamers)
- Afschaffen van systeem hospitalisatieverzekeringen en overheveling van deze gelden naar de verplichte ziekteverzekering

¹⁵ Verdere uitbreiding van dagchirurgie is mogelijk, mits financiële aanmoediging van de ziekenhuizen en een goed opvangnet thuis. Persbericht KCE 29 maart 2017, beschikbaar via <https://kce.fgov.be/nl/verdere-uitbreiding-van-dagchirurgie-is-mogelijk-mits-financi%C3%ABle-aanmoediging-van-de-ziekenhuizen-en>.