

Persconferentie 2 december 2010

6^{de} CM-barometer van de ziekenhuisfactuur (cijfers 2009)

Bescherm de patiënt: beperk de erelonen

Terwijl de economische crisis gaten sloeg in onze staatskas groeiden budgetten voor artsen en ziekenhuizen verder. Maar ook de factuur voor de patiënt die voor een eenpersoonkamer kiest, stijgt. De constante stijging van de honorariumsupplementen ligt aan de basis van de toenemende kost voor de patiënt. Bovendien blijven de verschillen tussen de ziekenhuizen groot.

CM wil de constante stijging van de erelonen, vooral in eenpersoonkamers, halt toeroepen. Gelukkig kiest meer dan drie vierde van de patiënten nog steeds voor een kamer met meerdere bedden, want voor hen blijft de factuur stabiel, of kent ze een daling. Dat zijn de belangrijke tendenzen die CM afleidt uit de analyse van 1 miljoen ziekenhuisfacturen van 2009.

Om de problemen die de barometer aangeeft aan te pakken heeft CM, een zevenpuntenplan uitgewerkt dat de financiële bescherming van de patiënt zal versterken.

Analyse van de facturen 2009: vaststellingen

- 1. De prijs van een ziekenhuisopname in een tweepersoonkamer of gemeenschappelijke kamer daalt (-3 procent) en het aandeel van de opnames in deze kamertypes in het totale aantal opnames daalt niet.**
Wat bepaalt de prijsdaling tussen 2008 en 2009?
 - De supplementen op materiaal (bvb. implantaten en synthetische weefsels) dalen sterk (-17 procent), en dat voor het tweede jaar op rij. De verklaring daarvoor is de betere terugbetaling door de ziekteverzekering.
 - Ook de kamersupplementen blijven dalen (-18 procent) sinds het verbod hierop voor beschermde patiënten in 2006, dat uiteindelijk leidde tot een algemeen verbod in 2010.
 - Slechts een kleine minderheid van de ziekenhuizen rekent nog honorariumsupplementen aan in tweepersoonkamers (opsomming van deze ziekenhuizen op pagina 6). Dit bleek ook al uit de barometer van vorig jaar.
- 2. De prijs van een ziekenhuisopname in een éénpersoonkamer steeg tussen 2008 en 2009 met 1 procent ondanks de daling van de prijs van de materiaalsupplementen met 27 procent.** De stijging is voornamelijk toe te schrijven aan de stijging van de honorariumsupplementen (+3 procent). De tien duurste ziekenhuizen in eenpersoonkamers staan op op pagina 6.
Dit is slecht nieuws voor onder andere moeders in spe. Voor bevallingen wordt vaak een eenpersoonkamer gekozen, en de gemiddelde kost neemt er toe met 7 procent (zie pagina 9).
- 3. Het totaal aantal ziekenhuisopnames stijgt fors:** er zijn 9 procent meer opnames in dagziekenhuizen en 1 procent meer klassieke opnames. De totale stijging bedraagt 6 procent. Een stijging van die omvang vraagt om een evaluatie.

4. Op nationaal niveau **stijgen de inkomsten uit ziekenhuisverzorging van artsen en ziekenhuizen** gestaag. Alle patiënten samen betaalden aan de ziekenhuizen en hun artsen 1 miljard euro in 2009. Dat is 2 procent meer dan in 2008. Dit bedrag ging voor bijna de helft naar erelonen. Samen met de terugbetalingen door de ziekteverzekering voor medische prestaties stegen de inkomsten uit artsenprestaties met 8 procent in 2009.
5. Sinds 2009 betalen patiënten die de maximumfactuur (MAF) bereiken geen remgeld meer in het ziekenhuis. Ze worden rechtstreeks aan het ziekenfonds gefactureerd (het zogenaamde systeem van betalende derde). Deze vereenvoudiging kwam er dankzij de elektronische gegevensuitwisseling tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen. Zo werd in 2009 **gemiddeld 27 euro per factuur in klassieke opnames rechtstreeks door het ziekenfonds betaald**. Geëxtrapoleerd voor heel het land vertegenwoordigt dit meer dan 40 miljoen euro die niet meer door de patiënten diende betaald te worden bij een opname.
6. **Per opname betaalt de patiënt gemiddeld 30 euro voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen. Dat bedrag is al meer dan 10 jaar stabiel.**

Zevenpuntenplan van CM om de patiënt te beschermen

De globale daling in de factuur bewijst dat de politieke beslissingen van de voorbije jaren effect hebben. Medisch materiaal en implantaten worden beter terugbetaald. Kamersupplementen in kamers voor twee of meer personen werden afgebouwd en in 2010 verboden. De wetgever moedigde ziekenhuizen aan geen ereloon-supplementen meer aan te rekenen in dat type kamers.

CM formuleert dan ook zeven aanbevelingen aan de regering:

Beperk de honorariumsupplementen in eenpersoonskamers

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

- een hele reeks ziekenhuizen financieel goed draaien met een beperking op de honorariumsupplementen tot 100 procent;
- de honorariummassa op een jaar tijd met 8 procent gestegen is.

De totale honorariummassa ten gevolge van supplementen hoger dan 100 procent bedraagt 76 miljoen euro. De ziekteverzekering zou een deel van dat bedrag kunnen voorzien voor de ziekenhuizen die hun honorariumsupplementen in eenpersoonskamers beperken. Een dergelijke beperking zou ook zuurstof geven aan de vele toekomstige moeders die overwegend eenpersoonskamers kiezen voor een bevalling.

Beperk de honorariumsupplementen in kamers voor twee of meer personen

In 2007 besliste de toenmalige minister van Volksgezondheid om 21 miljoen euro van de ziekenhuisfinanciering, voor te behouden voor ziekenhuizen die geen honorariumsupplementen meer aanrekenen in kamers voor twee of meer personen. Er werd een lijst van geëngageerde ziekenhuizen opgesteld. Na aanvankelijke betwisting van de legitimiteit van een dergelijk systeem door sommige ziekenhuizen, engageerden de meeste ziekenhuizen zich. De laatkomers konden zich echter niet meer laten toevoegen aan deze lijst. Bovendien vernietigde de Raad van State op 26 oktober 2010 de wetsartikelen die deze voorwaardelijke financiering bepaalde. CM betreurt dit en pleit om de lijst terug te openen zodat alle ziekenhuizen die zich engageren

om geen honorariumsupplementen meer te vragen in twee- en meerpersoonskamers kunnen genieten van een bijkomende financiering.

Gebruik de beschikbare budgetten voor implantaten

De supplementen op materiaal die de patiënt betaalt (32 euro per factuur of ongeveer 60 miljoen voor België) zouden volledig ten laste kunnen genomen worden van de verplichte ziekteverzekering indien de voorziene maar nog niet gebruikte budgetten hiervoor zouden aangewend worden. In 2010 worden deze onbenutte bedragen op 58,5 miljoen geschat. Bovendien is deze sector nog steeds in volle uitbreiding en is het belangrijk om de budgetten voor implantaten op peil te houden. Om de budgetten voor implantaten optimaal te benutten ijvert CM voor de invoering van een kiwi-model voor implantaten. Op basis van een compleet lastenboek kan materiaal voor bijvoorbeeld kijkbuisoperaties onderworpen worden aan een openbare aanbesteding, zodat slechts de producten van de meest betrouwbare en financieel interessantste aanbieder zullen worden terugbetaald door de ziekteverzekering.

Reken de patiënt geen onterechte materiaalsupplementen aan

De dalende trend in de kost van materialen voor de patiënt dreigt terug om te kantelen. Sinds mei 2010 worden de producenten van medisch materiaal en implantaten verzocht hun producten kenbaar te maken. Deze 'notificatie' is een voorwaarde om in aanmerking te komen voor vergoeding door de verplichte ziekteverzekering of betaling door de patiënt. De notificatielijst moet de patiënt beschermen tegen het aanrekenen van medisch materiaal waarvoor het ziekenhuis in haar algemene werkingsmiddelen dient te putten. Het gevaar is dat producten onterecht op de lijst geplaatst werden en dus onterecht aangerekend worden aan de patiënt.

Verplicht de elektronische communicatie van het patiëntenstatuut ook in dagziekenhuis

Elektronische gegevensuitwisseling is een werkzaam instrument om patiënten te beschermen. Het statuut van de patiënt kan elektronisch opgevraagd worden op het moment van de opname. Dit instrument wordt echter nog onvoldoende gebruikt. Zo is het bijvoorbeeld verboden om patiënten met verhoogde tegemoetkoming een honorariumsupplement aan te rekenen in een tweepersoonskamer, maar bij daghospitalisatie weet het ziekenhuis niet of de patiënt de voorkeurregeling geniet, noch of de patiënt zijn of haar maximumfactuur reeds bereikte. Dit kan perfect opgelost worden door een elektronische communicatie met het ziekenfonds.

Solidariseer de niet terugbetaalbare geneesmiddelen

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

Maak de factuur voor plastische ingrepen transparant

Plastische ingrepen voor esthetische doeleinden die los staan van een medisch probleem zijn onderhevig aan niet terugbetaalbare erelonen. Maar ook bij een reconstructieve chirurgische ingreep (bijvoorbeeld na het wegnemen van een borst in geval van kanker) wordt de patiënt vaak verplicht niet terugbetaalde ereloonsupplementen te betalen voor het esthetisch aspect. Nochtans maakt dit esthetische aspect integraal deel uit van de ingreep. Er is nood aan een

specifieke factuurcode voor niet terugbetaalbare plastische chirurgie wat meteen ook zal toelaten er op te waken dat deze code niet gebruikt wordt voor esthetische supplementen bij terugbetaalbare ingrepen.

Een vergelijkingsmodule voor de ziekenhuistarieven op www.cm.be

De CM-website wordt gemiddeld 10.000 keer per dag bezocht. Op www.cm.be/ziekenhuisfactuur vindt u meerdere interactieve modules. De vergelijkingsmodule voor de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt wordt elk jaar geactualiseerd. Dit instrument laat toe **de tariefpraktijken voor vier ziekenhuizen te vergelijken**. Daarvoor volstaat het de instellingen te selecteren, alsook de dienst en het kamertype waarvoor de bezoeker van de site informatie wenst.

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

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

De bedragen in deze vergelijking zijn gemiddelden (mediane waarden) op basis van de facturen van 2009. Deze bedragen zijn geen engagement: de werkelijke factuur kan lager of hoger zijn al naargelang de zwaarte van de ingreep, het al dan niet geconventioneerd zijn van de geneesheer, het type materiaal, en de verblijfsduur. De gefactureerde bedragen geven ook geen enkele indicatie over de kwaliteit van de zorg.

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

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

In ieder geval kunnen de patiënten die aangesloten zijn bij CM in geval van een overdreven hoge of incorrecte factuur terecht bij CM-medewerkers.

Analyse van de ziekenhuisfacturen 2009

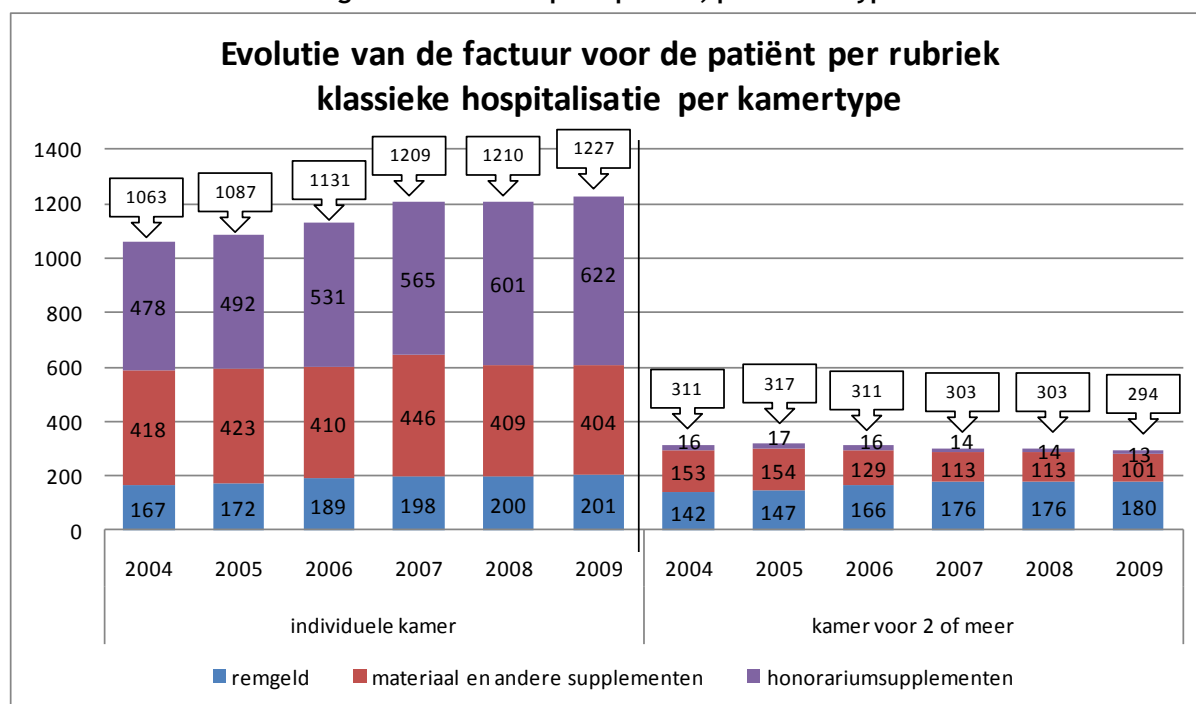
1. De prijs van een ziekenhuisopname in een tweepersoonkamer en gemeenschappelijke kamer daalt

Het onderscheid tussen tweepersoonkamers en gemeenschappelijke kamers vervaagt. In veel ziekenhuizen komen geen kamers meer voor met meer dan twee bedden en ligt de patiënt die een gemeenschappelijke kamer vraagt toch op een tweepersoonkamer... voor de prijs van een gemeenschappelijke kamer. Bovendien werden de kamersupplementen afgebouwd en vanaf 2010 verboden voor alle kamers met meer dan één bed. We beschouwen beide kamertypes dus samen.

De tweepersoonkamers en gemeenschappelijke kamers blijven de meest gevraagde kamertypes: in 75 procent van de klassieke opnames in 2009 kiezen patiënten voor deze kamers. Enkel de materniteit vormt hier een uitzondering op: 28 procent van de opnames gebeurt in een twee- of meerpersoonkamer.

De gemiddelde kost voor de patiënt van een ziekenhuisopname met overnachting in een twee- of meerpersoonkamer was in 2009 294 euro. Dat bedrag bestaat uit 180 euro remgeld, 101 euro materiaal en andere supplementen, en 13 euro honorariumsupplementen. De factuur was in 2009 gemiddeld 9 euro lager dan in 2008, zo lezen we in grafiek 1.

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



De ereloonsupplementen voor de twee- en meerpersoonkamers bleven nagenoeg stabiel. In slechts een kleine minderheid van ziekenhuizen rekenen de artsen in deze kamers nog supplementen aan. Deze ziekenhuizen staan in tabel 1.

Tabel 1: Lijst van ziekenhuizen met honorariumsupplementen in tweepersoonskamers en gemeenschappelijke kamers

Gemeente	Naam van de instelling	2-persoons kamers maximum % ereloon	meerpers. kamers maximum % ereloon	2 en meerpers. kamers gemiddeld bedrag erelonen
Brussel	CH Interregional Edith Cavell	400%	400%	585 euro
Brussel	Clinique Ste Anne/St. Remi	400%	400%	189 euro
Brussel	Hopitaux d'Iris Sud	200%	0%	98 euro
Bonheiden	Imelda Ziekenhuis	200%	200%	112 euro
Luik	CHC St. Vincent Ste Elisabeth	100%	100%	229 euro
Brussel	Kliniek St. Jan	100%	50%	50 euro
Luik	CHC Saint Joseph	100%	50%	88 euro
Antwerpen	AZ Monica	100%	0%	106 euro
Tienen	AZ Heilig Hart	50%	25%	40 euro
Gent	AZ Maria Middelaars	50%	0%	104 euro
Halle	St. Maria Ziekenhuis	50%	0%	64 euro
Leuven	Heilig Hart Ziekenhuis	50%	0%	73 euro
Brugge	AZ St. Lucas	50%	0%	25 euro
Zottegem	AZ St. Elisabeth	50%	0%	62 euro
Tongeren	AZ Vesalius	50%	0%	10 euro

2. De prijs van een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer stijgt

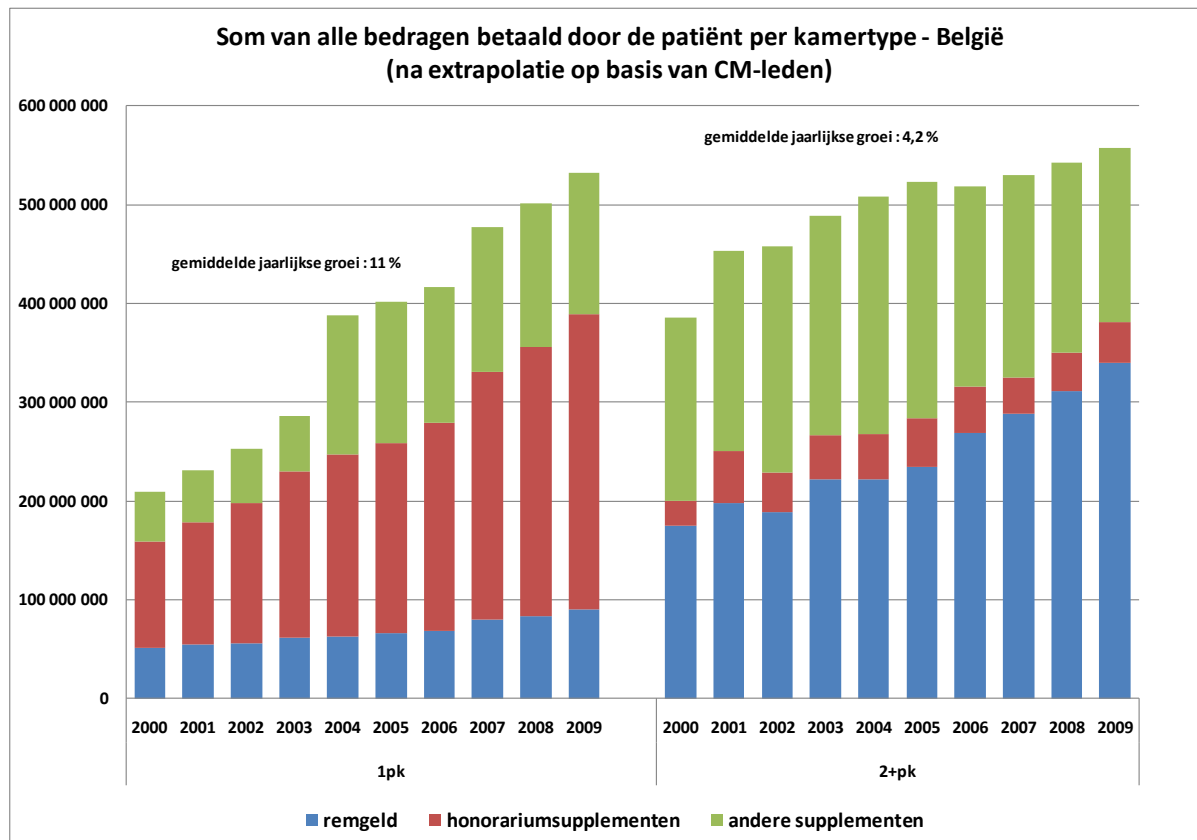
De prijs van een ziekenhuisopname met overnachting in een eenpersoonskamer blijft stijgen. In 2009 betaalden CM-leden er gemiddeld 1 227 euro per opname (zie grafiek 1). Dat is 16 euro meer dan in 2008, en dit ondanks de daling van de materiaalsupplementen met 13 euro. Het supplement op de erelonen steeg met 21 euro. Tabel 2 duidt de in dat verband duurste ziekenhuizen aan.

Tabel 2: Top-tien duurste ziekenhuizen in eenpersoonskamers

Gemeente	Naam van de instelling	Gemiddelde totale factuur	Gemiddeld bedrag honorarium supplement	Gemiddeld percentage honorarium supplement
Brussel	CH Interregional Edith Cavell	2 691 euro	1 824 euro	158 procent
Brussel	Cliniques Universitaires St. Luc	2 720 euro	1 695 euro	108 procent
Brussel	Clinique Ste Anne/St. Remi	2 487 euro	1 668 euro	142 procent
Gosselies	Clinique Notre Dame de Grace	2 113 euro	1 573 euro	134 procent
Brussel	CU Bruxelles Hôpital Erasme	2 316 euro	1 572 euro	109 procent
Luik	CHC St. Vincent Ste Elisabeth	2 123 euro	1 544 euro	143 procent
Charleroi	Grand Hôpital de Charleroi	2 141 euro	1 523 euro	113 procent
Brussel	Kliniek St. Jan	2 176 euro	1 414 euro	110 procent
Ottignies	Clinique St. Pierre	2 122 euro	1 413 euro	110 procent
Baudour	RHMS Clinique Louis Caty	1 620 euro	1 247 euro	119 procent

Grafiek 2 illustreert de sterke stijging van de globale kost voor de patiënt in eenpersoonskamers. Ook het disproportioneel belang van de ereloonsupplementen in de factuur valt op. Merk op dat supplementen niet worden opgevangen door de maximumfactuur. De opnames in eenpersoonskamers vertegenwoordigen in 2009 slechts 23 procent van alle opnames maar 50 procent van de totale uitgaven van de patiënten.

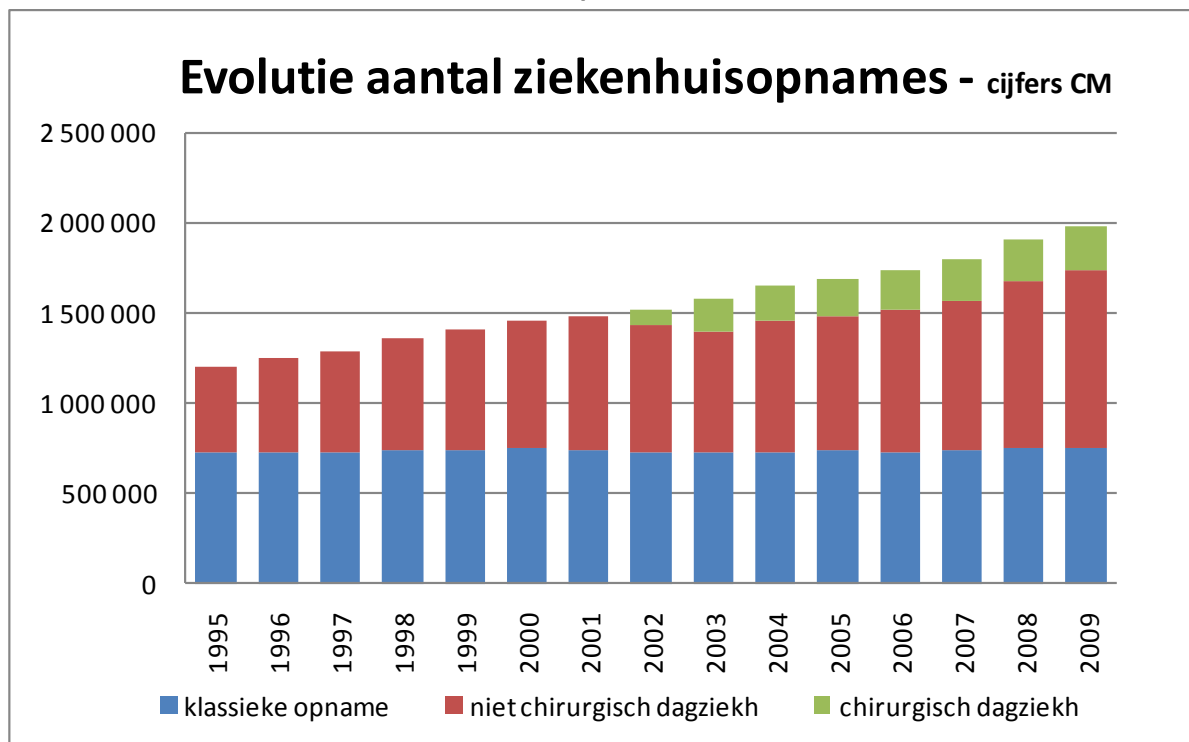
Grafiek 2: Evolutie van de globale bedragen door de patiënt betaald in 2009 per kamertype



3. Het totaal aantal ziekenhuisopnames stijgt fors

Daar waar het aantal klassieke opnames, dus met overnachting, ongeveer constant blijft, stijgt het aantal ingrepen in dagziekenhuis elk jaar (grafiek 3). Nieuwe medische technieken zijn vaak minder ingrijpend en laten de patiënt toe na de behandeling naar huis te gaan. De toename in dagziekenhuis is echter in beperkte mate een gevolg van substitutie van het klassiek ziekenhuis. Er ontstonden ook nieuwe behandelingen zoals de pijnbestrijding (bijvoorbeeld bij langdurige rugklachten) of bepaalde oogoperaties of orthopedische ingrepen. Alles samen vonden er in 2009 in België meer dan 4,6 miljoen ziekenhuisopnames plaats. Een stijging van 6 procent ten opzichte van een jaar eerder.

Grafiek 3: Evolutie van het aantal ziekenhuisopnames

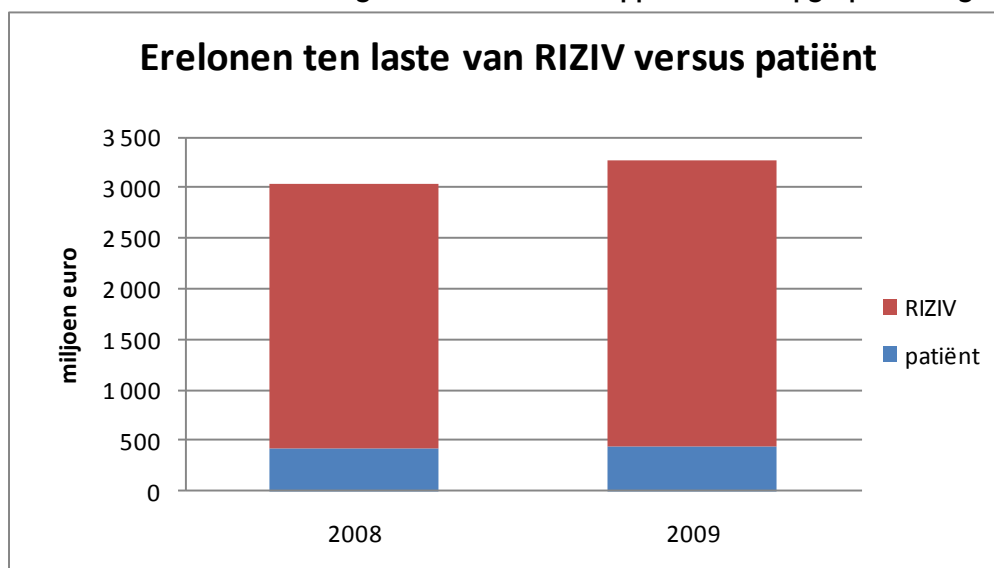


4. Op nationaal niveau stijgen de inkomsten uit ziekenhuisverzorging gestaag

Alle Belgische patiënten samen kregen in 2009 voor 1 miljard euro ziekenhuisfacturen. Dat is 2 procent meer dan in 2008. Van die 1 miljard was 450 miljoen voor erelonen. Bovenop die 1 miljard euro betaalde de verplichte ziekteverzekering en de FOD Volksgezondheid 10,1 miljard euro (+9 procent tegenover 2008). Hiervan was 2,8 miljard euro bestemd voor erelonen, en 7,1 miljard voor werkingsmiddelen en medisch materiaal.

Het totale bedrag van de erelonen betaald door gehospitaliseerde patiënten, steeg van 2,8 miljard in 2008 tot 3,2 miljard in 2009, dit is een stijging van 8 procent (zie grafiek 4).

Grafiek 4: Totale massa aan geïnde honorariumsupplementen opgesplitst volgens betaler



5. Maximumfactuur en elektronische gegevensuitwisseling

Sinds 2009 betalen patiënten die de maximumfactuur (MAF) bereikten geen remgeld meer in het ziekenhuis. Ze worden rechtstreeks aan het ziekenfonds gefactureerd (het zogenaamde systeem van betalende derde). Deze vereenvoudiging kwam er dankzij de elektronische gegevensuitwisseling tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen. Zo werd in 2009 gemiddeld 27 euro per factuur in klassieke opnames rechtstreeks door het ziekenfonds betaald. Geëxtrapoleerd voor heel het land vertegenwoordigt dit meer dan 40 miljoen euro die niet meer door de patiënten diende betaald te worden bij een opname.

6. Niet terugbetaalbare geneesmiddelen

De kost voor de patiënt voor niet terugbetaalbare geneesmiddelen (bijvoorbeeld: pijnstillers) blijft gemiddeld genomen stabiel op 30 euro per opname over de jaren heen, maar kent een grote variatie van patiënt tot patiënt en tussen de ziekenhuizen.

De helft van de patiënten betaalt minder dan 12 euro voor niet terugbetaalbare geneesmiddelen. Voor 90 procent van de patiënten blijft de factuur voor deze rubriek onder de 56 euro. Minder dan 1 procent van de patiënten heeft echter een geneesmiddelenfactuur van meer dan 1000 euro, en dit kan oplopen tot 9000 euro voor een opname.

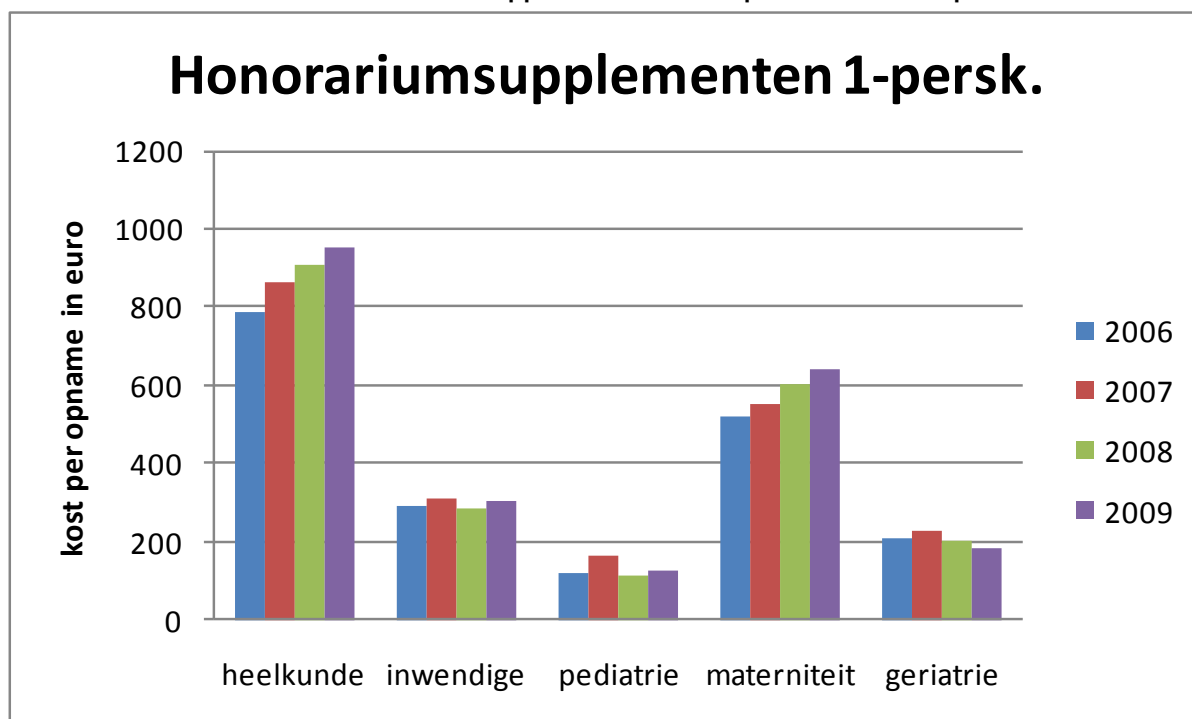
Deze zware last voor een kleine minderheid geeft aan dat deze kost er zich prima toe leent solidair verdeeld te worden onder alle patiënten.

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

Gemiddelde bedragen verbergen soms grote verschillen tussen de diensten in het ziekenhuis. De gemiddelde prijs voor de patiënt van een opname voor een heelkundige ingreep, een inwendige ingreep, een pediatrische ingreep, een bevalling of een verblijf in de geriatrie was in 2009 respectievelijk 672, 258, 229, 916 en 440 euro.

Honorariumsupplementen zijn een stuk hoger in de diensten heelkunde en verloskunde dan in pediatrie en geriatrie. Algemeen geldt dat supplementen voornamelijk worden aangerekend bij 'technische ingrepen' (bijvoorbeeld anesthesie of chirurgische ingrepen). Hierdoor is er sprake van een grote ongelijkheid in de vergoeding van de verschillende artsenspecialismen. De laatste jaren werden er echter verschillende inspanningen geleverd om deze verschillen weg te werken door de vergoedingen van bijvoorbeeld gerieters en pediaters op te waarderen. Grafiek 5 geeft de evolutie van de hoogte van de honorariumsupplementen weer voor vijf diensten voor ziekenhuisopnames met overnachting.

Grafiek 5: Evolutie van de honorariumsupplementen in eenpersoonskamers per dienst.

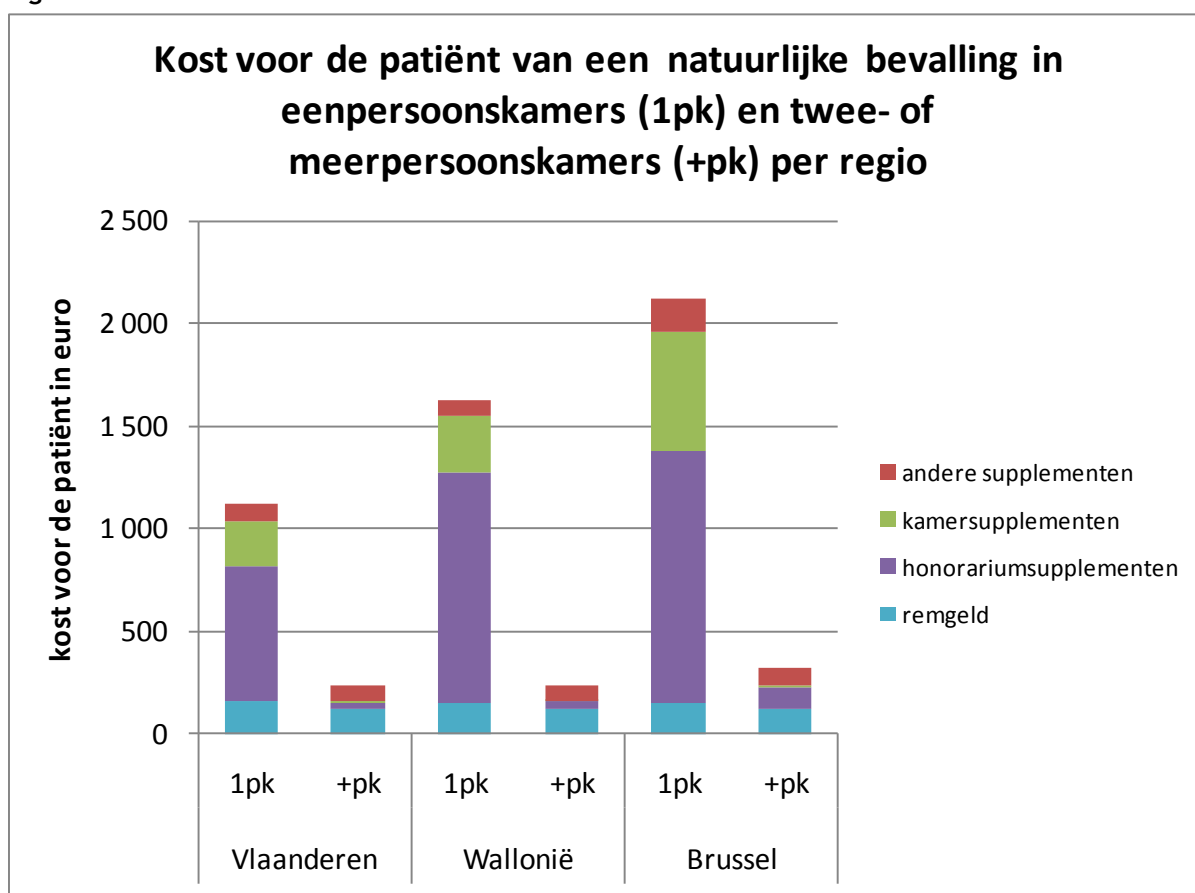


Een groot verschil tussen de diensten treffen we ook aan bij de **kamersupplementen**. Terwijl het gemiddelde bedrag aan kamersupplementen 63 euro is, betaal je gemiddeld 173 euro aan kamersupplementen voor de diensten verloskunde. Dit komt door het hoger aantal eenpersoonskamers in de materniteit. Begrijpelijk, want jonge moeders vieren de geboorte van een kind graag in intieme familiekring. In sommige ziekenhuizen wordt deze bijzondere wens aangewend om kamer- en honorariumsupplementen goed door te rekenen. Tel hier de ereloon-supplementen bij en je komt al snel tot de conclusie dat **bevallen in het ziekenhuis niet goedkoop is**. Voor een normale bevalling (geen keizersnede) betaal je gemiddeld 212 euro in een twee- of gemeenschappelijke kamer en 1195 euro in een eenpersoonskamer. Toch voeren sommige ziekenhuizen een gematigde prijspolitiek. In tabel 3 staan de tien ziekenhuizen met de laagste gemiddelde factuur voor een bevalling in 2009. Grafiek 6 maakt duidelijk dat er grote verschillen zijn in prijs per regio.

Tabel 3: Top-tien goedkoopste ziekenhuizen voor een natuurlijke bevalling in een eenpersoonskamer

Gemeente	Naam van de instelling	Bedrag (euro) ereloon-supplem.	Bedrag (euro) kamer-supplem.	Bedrag (euro) totaal patiënt
Maaseik	Ziekenhuis Maas en Kempen	413	139	759
Torhout	St. Rembertziekenhuis	448	125	809
Oudenaarde	AZ Oudenaarde	461	150	842
Zottegem	AZ St. Elisabeth	488	120	836
Reet	AZ Heilige Familie	524	125	874
Hornu	Centre Hospitalier Hornu-Frameries	532	165	884
Dendermonde	AZ St. Blasius	558	86	828
Izegem	St. Jozefskliniek	574	120	945
Hasselt	AZ Salvator - St. Ursula	579	129	917
Waregem	O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis	596	105	937

Grafiek 6: Kost voor de patiënt van een klassieke bevalling: vergelijking van kamertypes en regio's.



Ten derde komt het gebruik van **medisch materieel en implantaten** veel meer voor in de dienst heekunde, waar deze rubrieken 23 procent (of 156 euro) van de kost voor de patiënten uitmaken.

Niet terugbetaalbare geneesmiddelen komen minder voor in de pediatrie (9 euro tegenover gemiddeld 30 euro). En het remgeld op de honoraria is het hoogst in de geriatrie (40 euro tegenover gemiddeld 18 euro), omdat de verblijfsduur daar veel langer is dan in de andere diensten.

8. Evolutie van de kost voor implantaten

In 2009 werden een aantal materialen en implantaten beter terugbetaald. Hiervoor werd een bijkomend jaarlijks budget van 26,2 miljoen euro vrijgemaakt.

Voor prothesen in de knie, de heup en de lage rug werd de terugbetaling ingevoerd of sterk verbeterd.

De tegemoetkoming van de ziekteverzekering bij kijkoperaties werd verhoogd met de kost van de 'ultrasoon dissector' (elektronisch mes), die tot hiertoe ten laste werd gelegd van de patiënt. Ook voor gal- of pancreasoperaties via de maag of de darm, bijvoorbeeld het wegnemen van galstenen, wordt het endoscopisch materiaal nu beter vergoed.

Bij de relatief nieuwe techniek van robotgeassisteerde chirurgie (voorbeeld voor het wegnemen van de prostaat), moest de patiënt hoge bedragen neertellen voor het gebruik van materiaal. Ook hiervoor werd vanaf oktober 2009 een betere terugbetaling voorzien.

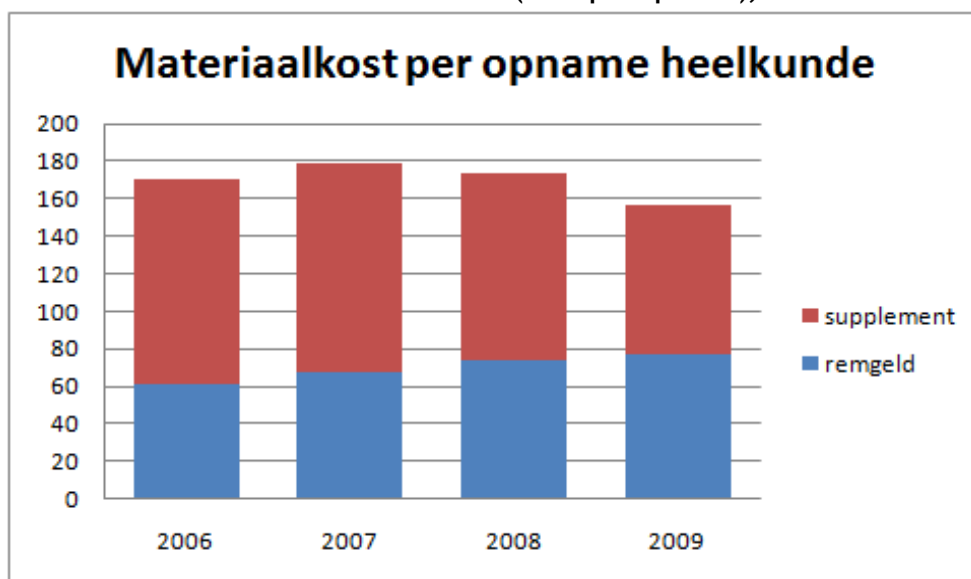
Ingeplante hoorapparaten (cochleaire implantaten) konden voor één maar niet voor beide oren terugbetaald worden. Nochtans blijkt een tweezijdig implantaat erg belangrijk voor de ontwikkeling van doof geboren kinderen. De wijziging die eind december 2009 van kracht ging, laat wel een terugbetaling toe voor beide oren.

Tabel 4: Overzicht van de implantaten die beter terugbetaald werden vanaf 2009

	Beschikbaar RIZIV budget voor terugbetaling	Terugbetaald vanaf
Knieprothesen	13,5 miljoen euro	27/02/2009
Lumbale discusprothesen	2,4 miljoen euro	27/02/2009
Elektronisch mes kijkoperaties	1,9 miljoen euro	12/05/2009
Endoscopie gal en pancreas	1 miljoen euro	25/09/2009
Heupprothesen grote koppen	1 miljoen euro	25/09/2009
Robotchirurgie prostatectomie	2,2 miljoen euro	01/10/2009
Tweezijdig cochleair implantaat	4,2 miljoen euro	18/12/2009
TOTAAL 2009	26,2 miljoen euro	

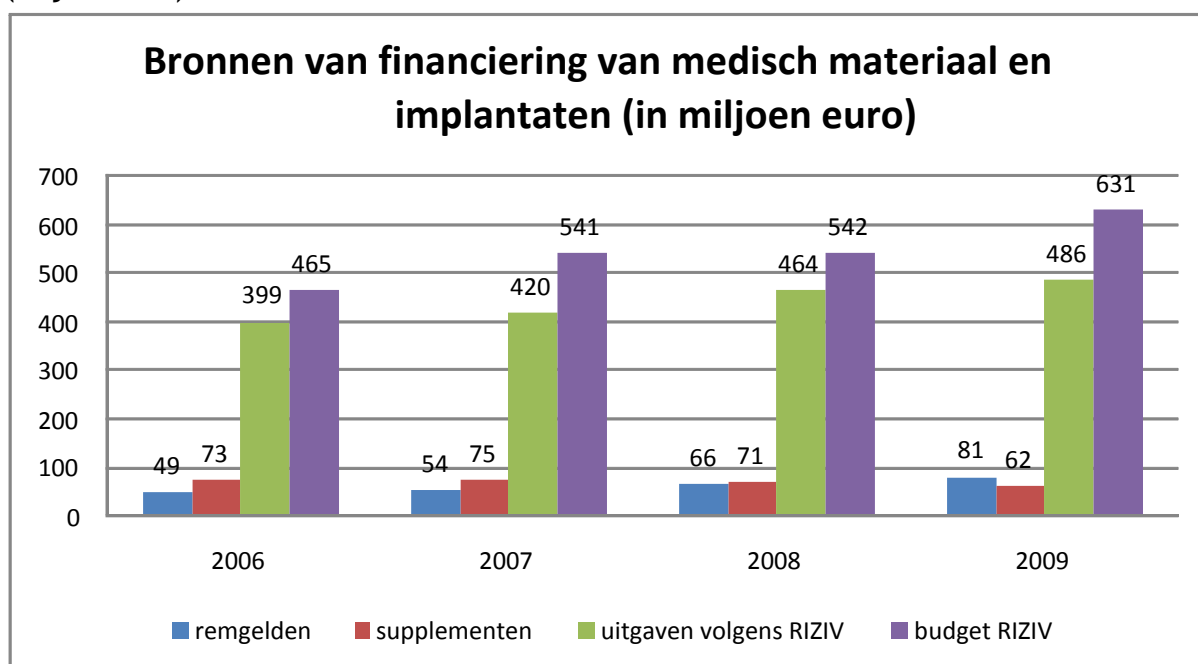
Al deze maatregelen hebben een duidelijk zichtbare impact op de factuur voor de patiënt (zie grafiek 7). De supplementen namen sterk af (-20 procent op een jaar tijd) en het remgeld verhoogt licht (+3 procent). Het verschil voor de patiënt wordt opgevangen door de terugbetaling door het RIZIV.

Grafiek 7: Evolutie van de materiaalkost (euro per opname), dienst heelkunde.



In grafiek 8 valt af te lezen dat het RIZIV (uitgaven) het leeuwendeel van de kost van medisch materiaal en implantaten dekt. De RIZIV-budgetten zijn echter hoger dan de uitgaven. Elk jaar worden immers nieuwe budgetten voorzien voor bijkomende terugbetalingen, maar de goedkeuring van deze nieuwe dossiers loopt vertraging op. Het totaal van de onbenutte budgetten is hoger dan het totaal van wat patiënten nog bijdragen voor materiaal en implantaten. Toch blijft het gerechtvaardigd om bijkomende budgetten vrij te maken in de komende jaren. De sector van de implantaten is immers nog in volle expansie, en de kost voor sommige patiënten blijft hoog.

Grafiek 8: Evolutie van de bronnen van financiering van medisch materiaal en implantaten (miljoen euro)



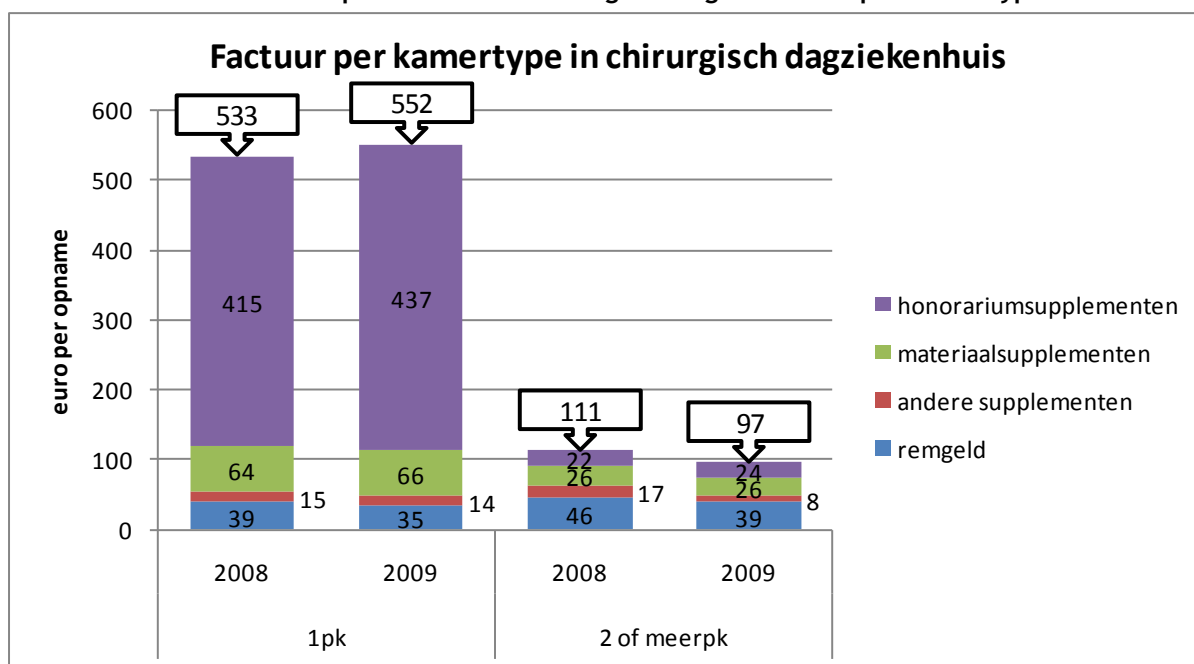
9. Dagziekenhuis

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

Het aantal ingrepen in het dagziekenhuis kent een sterke toename. Sinds 2001 is dat aantal hoger dan het aantal klassieke ziekenhuisverblijven. De factuur in dagziekenhuis ligt een stuk lager dan in het klassiek ziekenhuis. De gemiddelde factuur in 2009 in het niet-chirurgisch dagziekenhuis is 50 euro, en in het chirurgisch dagziekenhuis 128 euro.

De trends op vlak van kamertypes en honorariumsupplementen zijn dezelfde. Er is een uitgesproken prijsverschil tussen de prijs van de ingreep indien de patiënt in een individuele kamer uitrust dan in een gemeenschappelijke. Zo is de gemiddelde prijs voor een niet-chirurgische ingreep in het dagziekenhuis 37 euro in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer, maar bijna het tienvoud in eenpersoonskamer, namelijk 332 euro.

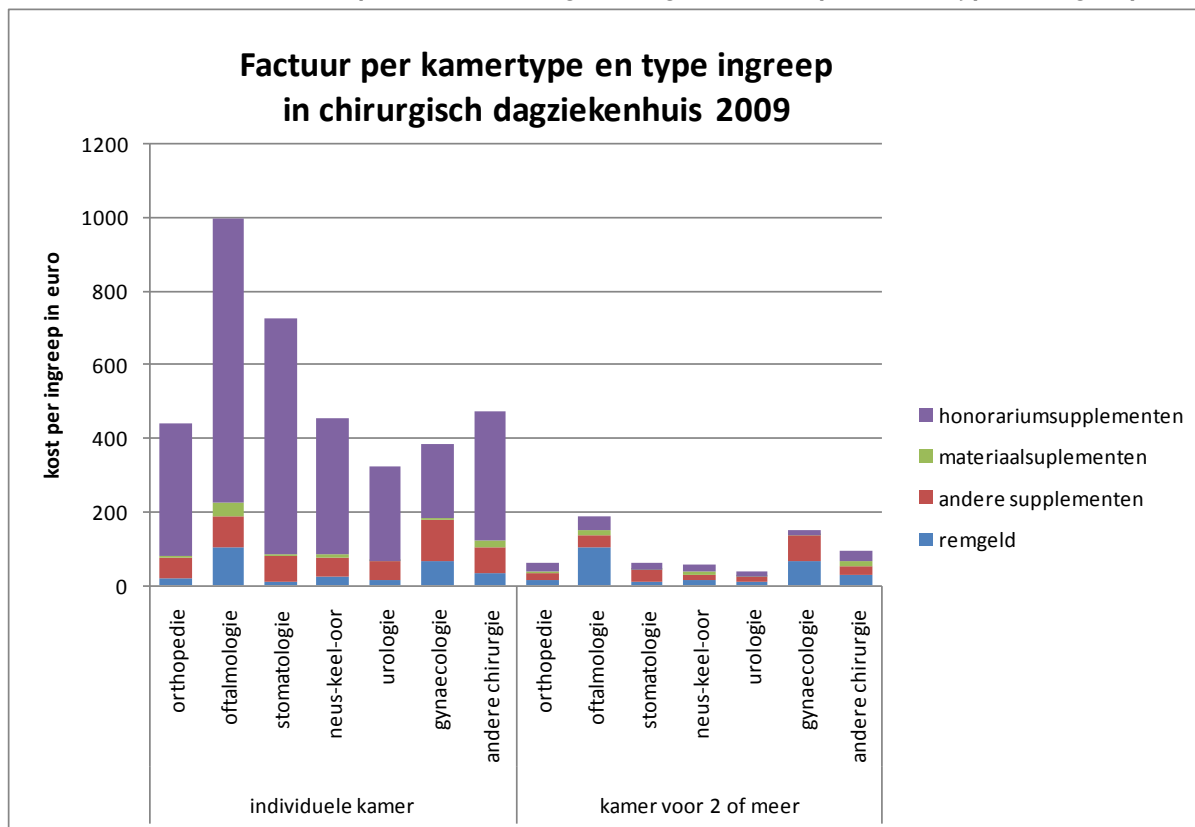
Grafiek 9: Factuur voor de patiënt in niet chirurgisch dagziekenhuis per kamertype



In het chirurgisch dagziekenhuis valt opnieuw de sterke daling van de kost voor de patiënt voor materialen op.

Tenslotte blijft het aandeel van de supplementen in de factuur in het dagziekenhuis een stuk hoger dan in het klassiek ziekenhuis. Supplementen vertegenwoordigen tot 94 procent van de factuur in niet chirurgisch dagziekenhuis in een eenpersoonskamer en 48 procent in tweepersoonskamers. In het klassiek ziekenhuis is dat respectievelijk: 84 procent en 39 procent.

Grafiek 10: Factuur voor de patiënt in chirurgisch dagziekenhuis per kamertype en ingreep



Bijlage 1 : Overzichtstabellen van de gemiddelde kost voor de patiënt

Kosten per opname ten laste van de gehospitaliseerde patiënt

Klassieke opnamen in de algemene ziekenhuizen - Gegevens LCM - Gegevens 2009 - versie 07/10 -

	Gemiddelde bedragen (in euro)							Index	Groei	
	1998	2004	2005	2006	2007	2008	2009	1998	2009	
1. De vaste kosten - die niet van de verblijfsduur afhangen										
Supplementen	Honorariumsupplementen	61	121	124	132	140	146	154	100	252
	Forfaitaire honorariumsupplementen	1	0.5	0.33	0.35	0.02	0.02	0	100	12
	Materialaalsupplementen	29	59	61	45	46	40	32	100	112
	D-geneesmiddelen	27	30	30	30	30	30	30	100	109
	Diverse supplementen	31	37	37	35	35	30	30	100	95
	Totaal van de supplementen	149	248	252	242	251	247	246	100	165
RG	Remgeld (RG) op de forfaitaire honoraria	14	17	17	17	17	17	17	100	119
	RG op de honoraria	13	16	17	16	17	17	18	100	136
	RG op het materiaal	0	10	12	30	33	36	37	-	3%
	Totaal remgeld	27	43	46	64	68	70	71	100	263
Totaal vaste kosten	176	291	298	306	319	317	318	100	180	
2. De variabele kosten - die afhangen van de verblijfsduur										
Supp.	De kamersupplementen	60	75	76	72	66	65	63	100	104
	De supplementen op de toezichtshonoraria	4	10	11	12	13	14	17	100	451
	Totaal van de supplementen	64	85	87	83	79	79	80	100	125
RG	Remgeld op de verpleegdagprijs	82	86	88	89	91	92	94	100	115
	0,62€ RG/dag voor terug.geneesmiddelen	1.2	5.1	5.2	5.1	5.0	5.0	5	100	393
	RG toezichtshonoraria	11	13	13	13	14	14	15	100	131
	Totaal remgeld	94	104	107	108	110	111	113	100	121
Totaal variabele kosten	158	189	194	191	189	190	193	100	122	
Totaal RG	121	147	153	171	177	181	185	100	153	
Totaal supplementen	213	332	339	325	330	326	326	100	153	
Totaal ten laste van de patiënt per opname	334	479	492	496	508	507	511	100	153	
Totaal ten laste van de patiënt (zonder inflatie, basis 1998)	334	432	434	431	433	415	414	100	124	

Kosten ten laste van de patiënt - Per kamertype

Klassieke opnamen in de algemene Ziekenhuizen - Gegevens LCM 2009 - versie 11/10 -

	2008		2009		Groeï 08-09		Spreiding 2008		Spreiding 2009	
	Gemiddelde bedragen in € per opname									
	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.
Spreiding van opnames	23%	77%	22%	78%						
	158 673	545 607	165 581	545 860						
1. De vaste kosten - die niet van de verblijfsduur afhangen										
Supplementen	Honorariumsupplementen	601	14	622	13	3%	-9%	50%	51%	4%
	Forfaitaire honorariumsupplementen	0.1	0.0	0.3	0.0	285%	-39%	0%	0%	0%
	Materialaalsupplementen	49	37	36	31	-27%	-17%	4%	3%	11%
	D-geneesmiddelen	35	29	34	29	-3%	0%	3%	3%	10%
	Diverse supplementen	40	27	41	26	1%	-3%	3%	3%	9%
	Totaal van de supplementen	725	108	732	99	1%	-8%	60%	60%	34%
RG	Remgeld (RG) op de forfaitaire honoraria	21	16	21	16	-1%	-2%	2%	2%	5%
	RG op de honoraria	20	17	19	17	-4%	3%	2%	2%	6%
	RG op het materiaal	38	35	39	36	2%	3%	3%	3%	12%
	Totaal remgeld	79	68	79	69	0%	2%	7%	6%	24%
Totaal vaste kosten		804	176	811	168	1%	-4%	66%	66%	57%
2. De variabele kosten - die afhangen van de verblijfsduur										
Supp.	De kamersupplementen	230	17	223	14	-3%	-18%	19%	18%	5%
	De supplementen op de toezichtshonoraria	56	2	71	1	27%	-47%	5%	6%	0%
	Totaal van de supplementen	285	19	294	15	3%	-22%	24%	24%	5%
RG	Remgeld op de verpleegdagprijs	101	89	102	91	1%	3%	8%	8%	31%
	0,62€ RG/dag voor terug.geneesmiddelen	4	5	4	5	-3%	-2%	0%	0%	2%
	RG toezichtshonoraria	15	14	16	14	4%	5%	1%	1%	5%
	Totaal remgeld	121	108	122	111	1%	3%	10%	10%	38%
Totaal variabele kosten		406	127	416	126	2%	-1%	34%	34%	43%
Totaal RG		200	176	201	180	1%	2%	17%	16%	61%
Totaal supplementen		1 011	127	1 026	114	2%	-10%	83%	84%	39%
Totaal ten laste van de patiënt		1 211	303	1 227	294	1%	-3%	100%	100%	100%

Kosten per ziekenhuisopname ten laste van de patiënt

Daghospitalisaties in algemene ziekenhuizen - LCM gegevens 2009 - versie 10/2010

		Gemiddelde bedragen		Spreiding	Gemiddelde bedragen		Spreiding	
		2008	2009		1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.
<u>Niet chirurgisch dagziekenhuis</u>								
Aantal opnames		422 938	447 434		19 226	428 208	4.3%	95.7%
Supplementen	Honorariasupplementen	15	16	31%	249	5	75%	14%
	Materiaalsupplementen	3	3	6%	6	3	2%	7%
	D-Geneesmiddelen	6	6	11%	9	5	3%	15%
	Kamersupplementen	2	2	4%	36	1	11%	2%
	Diverse kosten	6	5	11%	7	5	2%	14%
	Totaal supplementen	31	32	63%	306	19	92%	52%
RG	Remgeld op honoraria	10	11	22%	12	11	4%	29%
	Remgeld materiaal	4	4	8%	9	4	3%	9%
	B en C geneesmiddelen	4	4	7%	4	4	1%	10%
	Remgeld op diversen	0	0	0%	0	0	0%	0%
	Totaal remgeld	18	18	37%	26	18	8%	48%
Totaal ten laste van patiënt		49	50	100%	332	37	100%	100%

Kosten per ziekenhuisopname ten laste van de patiënt

Daghospitalisaties in algemene ziekenhuizen - LCM gegevens 2009 - versie 10/2010

		Gemiddelde bedragen		Spreiding	Gemiddelde bedragen		Spreiding	
		2008	2009		1 bed	2 bedden en gemeens.	1 bed	2 bedden en gemeens.
<u>Chirurgisch dagziekenhuis</u>								
		197 063	205 521		13 711	191 810	7%	93%
Supplementen	Honorariasupplementen	49	52	41%	437	24	79%	25%
	Materiaalsupplementen	17	8	6%	14	8	2%	8%
	D-Geneesmiddelen	12	11	9%	12	11	2%	11%
	Kamersupplementen	4	4	3%	39	1	7%	1%
	Diverse kosten	13	14	11%	15	14	3%	14%
	Totaal supplementen	95	89	69%	516	58	94%	60%
RG	Remgeld op honoraria	8	8	7%	10	8	2%	8%
	Remgeld materiaal	35	28	22%	20	28	4%	29%
	B en C geneesmiddelen	3	3	2%	4	3	1%	3%
	Remgeld op diversen	0	0	0%	0	0	0%	0%
	Totaal remgeld	46	39	31%	35	39	6%	40%
Totaal ten laste van patiënt		141	128	100%	550	98	100%	100%

Bijlage 2: Methodologie

De zesde jaarlijkse barometer van de ziekenhuisfacturen werkt met facturatiegegevens van meer dan een miljoen ziekenhuisopnames van CM-leden in 2009. De ziekenhuizen werden geruime tijd vooraf geïnformeerd en kregen de kans om op hun eigen resultaten te reageren. Een groot aantal ziekenhuizen grepen de gelegenheid om een aantal onduidelijkheden in de factuur uit te klaren.

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

Klassieke hospitalisatie

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

NB: Opnames in inwendige geneeskunde die duidelijk een (therapeutische) chirurgische ingreep omvatten werden getransfereerd naar de dienst heelkunde. Het betrof 5,8 procent van alle opnames in inwendige geneeskunde.

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

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

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

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

Dagziekenhuis

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

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

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

- ✓ Twee kamertypes
- Gemeenschappelijke kamers en tweepersoonskamers
 - Eenpersoonskamers

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

Berekende gegevens 2009

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

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

En gemiddelde bedragen in euro van:

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

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

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

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

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

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

Bijlage 3: Ereloonsupplementen, wettelijk toegestaan?

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

Algemeen principe

	Geconventioneerde arts	Niet-geconventioneerde arts
Gemeenschappelijke kamer Tweepersoonskamer	Ereloonsupplementen verboden	Ereloonsupplementen toegelaten, behalve: • voor personen met de <u>verhoogde tegemoetkoming</u> (en hun personen ten laste); • voor personen die erkend zijn als chronisch ziek; • voor patiënten met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal; • voor patiënten die een palliatieve tegemoetkoming ontvangen of opgenomen zijn in een palliatieve afdeling van het ziekenhuis; • bij opname in een tweepersoonskamer omwille van dienstnoodwendigheden; • bij opname in een tweepersoonskamer omdat er geen gemeenschappelijke kamer beschikbaar is; • bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg. • bij opname van een kind met een begeleidende ouder.
Eenpersoonskamer	Ereloonsupplementen toegelaten, behalve: • indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; • bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; • bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; • bij opname van een kind met een begeleidende ouder en indien de ouder geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk een eenpersoonskamer wordt gevraagd.	Ereloonsupplementen toegelaten, behalve: • indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; • bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; • bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; • bij opname van een kind met een begeleidende ouder en indien de ouder geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk een eenpersoonskamer wordt gevraagd.

Universitaire ziekenhuizen

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