



## ZIEKENHUISFINANCIERING

# Zijn de ziekenhuizen te duur?

GUY DURANT →



Guy DURANT

Rekenen de Belgische ziekenhuizen te hoge supplementen aan? Hoe zwaar hebben ze te lijden onder hun chronische onderfinanciering? Moet de nomenclatuur niet volledig herzien worden? Een brainstorming over ziekenhuisfinanciering...

## EEN REEKS MAATREGELEN IN 2006

In 2006 besliste de heer Demotte om gratis tweepersoonskamers aan te bieden aan de in totaal ongeveer 700.000 RVT-patiënten (rechthebbenden op verhoogde terugbetaling, later omgedoopt tot OMNIO). Dat had echter een nefast effect, want patiënten die bewust voor dit kamertype kiezen, tegen een supplement van 20 euro/dag, vangen steeds vaker

bot omdat er te weinig dergelijke kamers beschikbaar zijn. Die worden immers al ingenomen door RVT-patiënten. Bovendien is de financiële compensatie voor de ziekenhuizen, via een vermindering van onderdeel C3, ontoereikend, want de ziekenhuizen nemen een groot deel van de kostprijs van het ministeriële besluit voor hun rekening.

De minister besliste overigens om, tegen het advies in van de

Sectie Financiering van de NRZV (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen), een deel (9,6 miljoen euro) van de herfinanciering van de aan de ziekenhuizen beloofde 100 miljoen euro te koppelen aan de niet-factoring van ereloon-supplementen (die niets te maken hebben met het BFM (Budget Financiële Middelen)) voor twee- en vierpersoonskamers. Dat is het geval voor gemiddeld 75 tot 80% van alle zieken-

is onder meer algemeen bestuurder van de Cliniques Universitaires Saint-Luc, voorzitter van de Sectie Financiering van de NRZV en voorzitter van de BVZ.

[durant@hosp.ucl.ac.be](mailto:durant@hosp.ucl.ac.be)

&gt;&gt;&gt;

>>> huizen (90% in Wallonië en 75% in Brussel en Vlaanderen) die alleen ereloonsupplementen aanrekenen voor een eenpersoonskamer. De andere ziekenhuizen zullen hun reglement behouden of wijzigen.

### OOK IN 2007

In 2007 worden nog een aantal andere maatregelen van kracht: verbod op een supplement voor een tweepersoonskamer voor chronische patiënten en voor alle ligdagen na een verblijf van meer dan 15 dagen, ongeacht het statuut van de patiënt. Dit cijfer slaat op alle opnames van het afgelopen jaar, ook in andere ziekenhuizen dan het ziekenhuis dat niet langer supplementen mag aanrekenen. Er rijzen niet alleen vragen bij de haalbaarheid van die maatregel, de Sectie Financiering van de NRZ maakt zich ook zorgen over de financiële compensatie die zal worden toegekend en merkt op dat het percentage chronische patiënten (onder wie kankerpatiënten) en langdurige patiënten

sterk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis, afhankelijk van hun case-mix. Om al die redenen beveelt de Sectie Financiering aan om de bedragen achteraf door de ziekenfondsen te laten terugbetalen aan de begunstigde patiënten in plaats van ze te boeken op het Budget Financiële Middelen.

worden tegen terugbetalingstarief, zijn kamer- en ereloonsupplementen verboden bij opname op de spoedgevallendienst en de dienst intensieve zorg, of als de medische toestand van de patiënt dat vereist, zijn de supplementen voor een tweepersoonskamer geplafonneerd en moet de opnameverklaring

## // De beschuldiging dat de ziekenhuizen te hoge supplementen aanrekenen, moet genuanceerd worden //

### TARIEFZEKERHEID

Vergis u niet: ik ben wel degelijk gevoelig voor de kostenproblematiek waarmee de patiënt geconfronteerd wordt en vind tariefzekerheid zeer belangrijk. Die wordt echter al uitstekend gewaarborgd door de wet. Zo moet minstens de helft van alle kamers beschikbaar zijn tegen het tarief voor een meerpersoonskamer, heeft elke patiënt die dat vraagt, het recht om behandeld te

duidelijk de kosten vermelden voor de patiënt zelf, al kan het systeem nog doorzichtiger.

De beschuldiging dat de ziekenhuizen te hoge supplementen aanrekenen, moet genuanceerd worden. Ze komt van de ziekenfondsen en is trouwens niet neutraal, want de ziekenfondsen bieden zelf hospitalisatieverzekeringen aan, boven op de dekkingen van de aanvullende verzekering van de leden >>>

De Belgische ziekenhuizen zijn instellingen van openbaar nut en zonder winstoogmerk.



>>> (zoals, in zeer veel gevallen, de terugbetaling van het supplement voor een tweepersoonskamer).

### EEN LACUNE IN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

Allereerst moeten we opmerken dat alle Belgische ziekenhuizen privéziekenhuizen zijn zonder winstoogmerk, of openbare ziekenhuizen. Met andere woorden: ze keren geen dividenden uit aan aandeelhouders, en het kapitaal blijft in de instelling en wordt er geherinvesteerd. Ten tweede rekent de overgrote meerderheid van de ziekenhuizen alleen een supplement aan voor een eenpersoonskamer, en het gaat hier om een persoonlijke en vrije keuze van de patiënt. Buiten de eventuele kamer- en ereloonsupplementen betaalt de patiënt alleen de wettelijke remgelden (zowel op de ziekenhuisopname als op de medische prestaties) en de geneesmiddelen of het medisch materiaal die niet terugbetaald worden door de ziekteverzekering. Wel rekenen enkele zeldzame ziekenhuizen ten onrechte bepaalde bedragen aan, wat onverdedigbaar is.

De grootste lacune in de ziekenhuisfinanciering schuilt precies in dit weinig (slechts voor 10%!) of helemaal niet terugbetaalde materiaal. Sommige ziekenfondsen beweren dat ze gedekt worden door het Budget Financiële Middelen, wat ronduit belachelijk is als het gaat over clips voor een hersenaaneurysma, enkelprothesen, coronaire stents of maagringen voor de behandeling van obesitas. De ziekteverzekering verhoogde onlangs de terugbetaling, maar het probleem blijft bestaan. En de verwachte nieuwe wettelijke regeling inzake implantaten schrijft voor dat nieuwe medische materialen gedurende een bepaalde (en lange) periode geboekt moeten worden op het BFM vóór een eventuele terugbetaling.

### GEEN GENEESKUNDE MET TWEE SNELHEDEN

Volgens de analyse van de Christelijke Mutualiteiten bedraagt de gemiddelde kostprijs voor de patiënt 255 euro per ziekenhuisopname, supplementen niet meegerekend. Is dat werkelijk over-

dreven, als we bedenken dat een individu gemiddeld één keer om de zes jaar moet worden opgenomen? En patiënten die vaak naar het ziekenhuis moeten, kunnen terugvallen op de maximumfactuur, afhankelijk van hun inkomen. Die 255 euro vertegenwoordigt 7% van de totale ziekenhuiskosten. Onze geneeskunde is weliswaar niet gratis, maar laten we toch opmerken dat 93% van alle kosten betaald worden door de samenleving.

Het argument van een geneeskunde met twee snelheden houdt volgens mij geen steek. Een patiënt in een tweepersoonskamer krijgt precies dezelfde zorg als een patiënt in een één- of tweepersoonskamer. Dezelfde veiligheid, dezelfde kwaliteit, dezelfde diagnostische en therapeutische handelingen, dezelfde geneesmiddelen... Hij geniet weliswaar niet hetzelfde kamercomfort (privacy, hotel- en ontspanningsinfrastructuur) en evenmin dezelfde verzorging op maat. Maar is er een studie die aantoont dat het sterfte-, complicatie- of ziektepercentage lager of het genezings- of herstelpercentage hoger zou liggen bij patiënten in een eenpersoonskamer?

// De grootste lacune in de ziekenhuisfinanciering schuilt precies in het weinig of zelfs helemaal niet terugbetaalde medische materiaal //

### EEN GRONDIGE AANPASSING VAN DE NOMENCLATUUR

Tot slot rijst de vraag of ziekenhuizen zouden kunnen overleven zonder die supplementen. Zolang de ziekenhuizen ondergefinancierd blijven, is het antwoord op die vraag duidelijk negatief. Een commissie met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, ziekenfondsen, medische beroepsorganisaties, de administratie van de FOD Volksgezondheid en zelfs het kabinet van de minister raamde in 2003 de onderfinanciering op 7,2% van het BFM. De minister voerde een herfinanciering door, maar slechts voor één derde, en gespreid over drie jaar.





De risico's dat patiënten strenger geselecteerd worden en dat sommige prestaties doorgeschoven worden naar andere actoren, zijn reëel en vereisen een volledige herschikking van de nomenclatuur.

>>> Een werkgroep van de Sectie Financiering is momenteel de cijfers aan het actualiseren. En we kunnen nu reeds zeggen dat alleen al inzake de dekking van de personeelskosten het tekort oploopt tot 10%, vooral omdat er niet of te weinig rekening wordt gehouden met de baremieke anciënniteiten en met de reële kosten van het MARIBEL- en IBF-personeel. Wat de medische prestaties betreft: sommige worden weliswaar correct vergoed of zelfs overgefinancierd, maar een groot deel ervan wordt dramatisch ondergefinancierd. Daarin schuilt een groter gevaar dan in de problematiek van de supplementen. Als de nomenclatuur niet correct bijgewerkt wordt,

Blijven dan nog alleen de universitaire ziekenhuizen over om die patiënten te behandelen of om technische prestaties (in de biologie bijvoorbeeld) te verrichten die absoluut onvoldoend gefinancierd worden? En met welke middelen? In de Cliniques Universitaires Saint-Luc kampt meer dan de helft van de medische diensten met een tekort, niet door een slecht beheer of omdat de artsen te weinig werken, maar omdat ze qua nomenclatuur benadeeld zijn. Vandaar mijn pleidooi voor een volledige herschikking van de nomenclatuur, tenzij de invoering van andere financieringstechnieken - die een billijker behandeling waarborgen tussen de ziekenhuizen onderling - dat overbodig zou maken.

kunnen dan ook stellen dat de toegang tot ziekenhuiszorg in België maximaal is, om niet te zeggen totaal. Die kwaliteit van onze ziekenhuiszorg is essentieel en moet kost wat kost verdedigd worden.

- 4 De Belgische ziekenhuizen zijn instellingen van openbaar nut en zonder winstoogmerk. Ook dit typisch Belgische kenmerk moet absoluut behouden blijven.
- 5 Niet alle beleidsmaatregelen die de regering neemt met betrekking tot patiëntenkosten, moeten voor rekening zijn van de ziekenhuizen, wél van speciaal daartoe opgerichte fondsen (extra middelen voor de ziekenfondsen, fiscale maatregelen...).

6 De ziekenhuizen hebben dringend nood aan herfinanciering. Dat kan met name met de bedragen die niet uitgegeven worden aan de ziekteverzekering (de uitgaven voor 2006 liggen 2% lager dan het budget). Vooral de problematiek van de personeelskosten en van slecht of onvoldoende gefinancierd medisch materiaal moet een correcte oplossing krijgen.

7 De risico's dat patiënten strenger geselecteerd worden en dat sommige prestaties doorgeschoven worden naar andere actoren, zijn reëel en vereisen een volledige herschikking van de nomenclatuur, zonder dat daar extra middelen voor nodig zijn. ○

## // Er is een volledige herschikking van de nomenclatuur of een invoering van andere financieringstechnieken nodig //

zullen sommige artsen en ziekenhuizen de patiënten strenger selecteren of niet langer onrendabele prestaties willen verrichten. De lijst is lang: pediatrie (vooral neuropediatrie en kinderpsychiatrie), psychiatrie, geriatrie, algemene inwendige geneeskunde, endocrinologie, neurologie, gastro-enterologie, pneumologie... Stuk voor stuk disciplines waarvan sommige prestaties correct vergoed worden, maar andere (de zwaarste) niet.

### ZEVEN ESSENTIËLE PUNTEN

- 1 De kosten voor ziekenhuispatiënten vallen al bij al mee.
- 2 Wel moeten we erover waken dat ze niet stijgen tot boven hun huidige niveau. De enquêtes van ziekenfondsen en andere consumentenverenigingen zijn in dat opzicht zeer nuttig.
- 3 De tariefzekerheid, die vandaag al gewaarborgd wordt door de ziekenhuiswet, is goed en nodig. We