

Studiedienst
Projectleiders: Aaron Van den Heede
Mathias Neelen

Juni 2017

Kostprijs van acute appendectomie in Belgische ziekenhuizen

Voorstel tot evenwichtige financiering
en lagere patiëntenfactuur

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	2
INLEIDING.....	3
1. Data en Methoden.....	4
2. Analyse en resultaten.....	5
2.1 Aantal ingrepen & kenmerken populatie	5
2.2 Kostprijs appendectomie.....	6
2.2.1 De gemiddelde kostprijs	6
2.2.2 De kostprijs naar kamerkeuze.....	7
2.2.3 De kostprijs naar sociaal statuut.....	8
2.2.4 De kostprijs naar ligduur	9
2.2.5 De kostprijs naargelang de regio.....	11
2.2.6 De kostprijs naargelang het ziekenhuis	11
2.3 De verschillen tussen ziekenhuizen verklaard.....	15
2.4 Ambulante kosten.....	18
3. belangrijkste vaststellingen	20
3.1 Invloed van verblijfsduur, kamertype en regio	20
3.2 De gemiddelde kostprijs	22
3.3 De variatie tussen ziekenhuizen	22
3.4 De (on)voorspelbaarheid van een appendectomie	23
4. Opportuniteiten bij de forfaitarisering van honoraria	24
5. Ons voorstel voor een evenwichtige prijs	26

INLEIDING

In het kader van de herziening van de ziekenhuisfinanciering pleit de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor een financieringswijze die verschilt naargelang het type ingreep. In haar Plan van Aanpak voorziet de Minister drie verschillende financieringsvormen voor drie te onderscheiden clusters van ziekenhuisopnamen: laagvariabele zorg, medium variabele zorg en hoog variabele zorg.

Bij de laagvariabele zorg wordt geopteerd voor een forfaitaire financieringsvorm. Het gaat immers om ingrepen die weinig variabiliteit kennen, laagcomplex zijn en in zekere mate dus te standaardiseren. Ondertussen is duidelijk geworden dat de Minister in de zomer van 2018 van start wil gaan met een eerste stap in deze forfaitaire financiering, ze beperkt zich hierin tot de honoraria van 54 groepen van laagvariabele ingrepen. De overige kosten blijven gefinancierd volgens het huidige systeem. Denk maar aan geneesmiddelen, materiaalkosten, forfaitaire vergoedingen en verblijfskosten.

Om na te gaan wat een forfaitarisering van de laagvariabele ingrepen zou betekenen voor de kostprijs, kozen wij ervoor om in te zoomen op de appendectomie. Deze ingreep is immers een typevoorbeeld van een routine-ingreep die laagcomplex is. Bijgevolg zou ze weinig variabiliteit mogen kennen wat de kostprijs betreft, zowel voor de patiënt als voor de verplichte ziekteverzekering. Of dit zo is gaan we na in deze studie.

We stellen ons in deze studie volgende vier hoofdvragen:

- Wat is de gemiddelde kostprijs voor een appendectomie in de Belgische ziekenhuizen?
- Zijn er verschillen tussen de ziekenhuizen?
- Welke factoren spelen een rol in deze verschillen?
- Welke opportuniteiten brengt een forfaitarisering van de honoraria met zich mee?

Afsluitend formuleren we een voorstel tot een meer evenwichtige vergoeding van een appendectomie in België. We focussen daarbij op de voordelen voor de patiënt.

1. DATA EN METHODEN

Om de kostprijs voor de verplichte verzekering en voor de patiënt te berekenen, deden we een extractie uit de facturatiegegevens van leden van de Socialistische Ziekenfondsen. Deze extractie baseerden we op volgende nomenclatuurcodes:

- 243154 - 243165: Appendectomie in de koude of in het acute stadium met of zonder perforatie
- 244871 - 244882: Appendectomie met noodzakelijke resectie van de caecumbodem
- 243250 - 243261: Wegnemen van Meckels divertikel

Nadat we op basis van deze nomenclatuurcodes de leden hadden geïdentificeerd die in 2015 een appendectomie hadden ondergaan, extraheerden we alle verstrekkingen (geneeskundig, heelkundig, farmaceutische en andere) die samengingen met de opname waarin de appendectomie plaatsgevonden heeft.

Naast de prestaties verricht in het ziekenhuis nemen we ook de prestaties die tijdens de hospitalisatieperiode of in de drie dagen voorafgaand aan de opname in ambulante setting plaatsvonden. Op die manier kunnen we de kost van eventuele opnames via de spoeddiensten mee in rekening brengen.

In deze studie beperken we ons tot de *appendectomieën in de koude of in het acute stadium (243154 - 243165)*.

In de voorbereidende analyses stelden we vast dat er een aantal uitschieters waren die de resultaten sterk vertekenden. Deze uitschieters werden dan ook niet weerhouden voor de finale analyses. Volgende gevallen werden niet weerhouden : patiënten met een abnormaal lang verblijf (> 10 dagen), opnames in een dagziekenhuis, opnames in categorale en/of psychiatrische ziekenhuizen, opnames bij kwaadaardige aandoeningen, opnames bij kinderen jonger dan 1 jaar, opnames met een kostprijs voor de ziekteverzekering van meer dan gemiddelde (kostprijs + 3*standaardafwijking)¹. In totaal nemen we om voorgaande redenen de prestaties van 380 patiënten op een totaal van 3347 patiënten die een appendectomie ondergingen niet mee in de analyses². Deze studie is bijgevolg gebaseerd op de uitgaven van 2976 ingrepen.

In de hierop volgende hoofdstukken bespreken we de kosten voor de verplichte ziekteverzekering (ZIV), de totale patiëntkost, het betaald persoonlijk aandeel (het remgeld) en de aangerekende supplementen. We bespreken ook welke factoren ene invloed hebben op eventuele variaties tussen de ingrepen.

¹ Berekend per type ingreep

² In totaal werden er in België in hetzelfde jaar 12 655 ingrepen verricht (Documenten N - RIZIV). Dat betekent dat om en bij 26 % van de ingrepen verricht werden bij leden van de Socialistische Mutualiteiten. Dit ligt in de lijn van het marktaandeel van de Socialistische Mutualiteiten dat 28 % bedroeg op 12 december 2015 (RIZIV ledenaantallen).

2. ANALYSE EN RESULTATEN

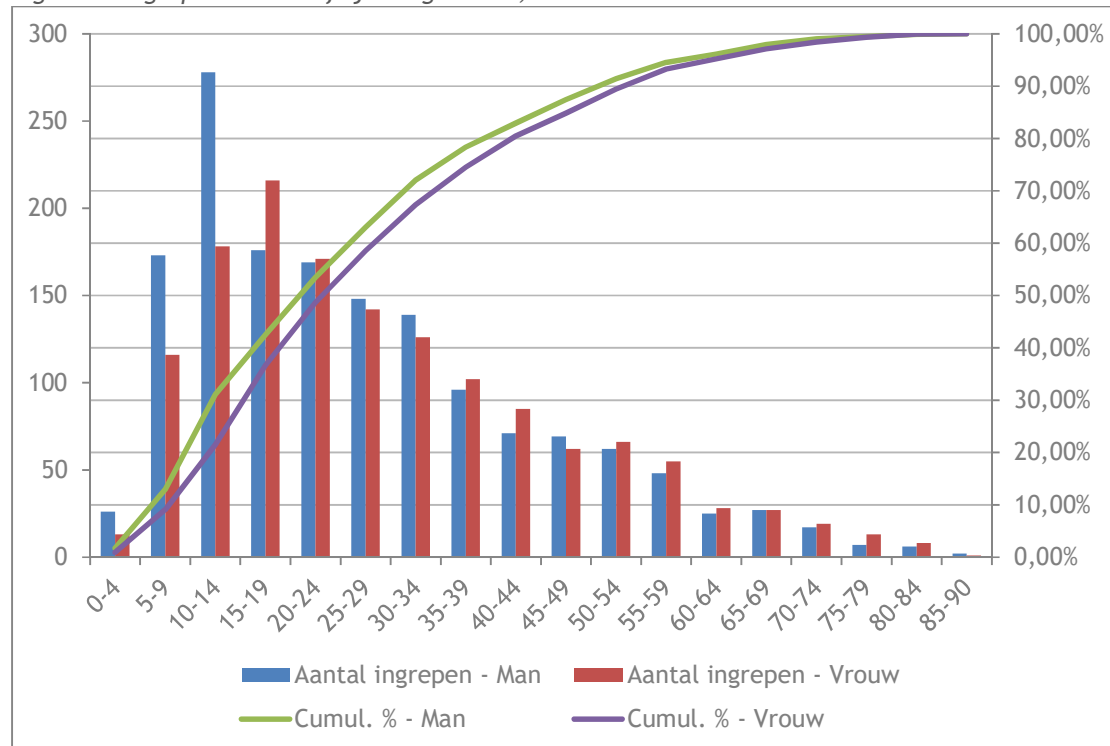
2.1 Aantal ingrepen & kenmerken populatie

In 2015 werden 2976 appendectomieën in de koude of in het acute stadium uitgevoerd bij leden van de Socialistische Ziekenfondsen. In figuur 1 geven we een overzicht van de voornaamste sociodemografische kenmerken van de patiënten op het moment van ingreep.

Uit de figuur blijkt dat appendectomieën vaker bij kinderen en jongeren worden gedaan. De helft van alle appendectomieën vonden plaats bij patiënten jonger dan 25 jaar. Negentig procent van alle appendectomieën werden verricht voor de leeftijd van 55 jaar. De mediane leeftijd bedroeg 24 jaar, de gemiddelde leeftijd lag iets hoger op 28 jaar. Iets meer dan 1 op 6 van de patiënten kwam uit de leeftijdsgroep van 10- tot 15-jarigen.

Uit de cijfers komt tevens naar voren dat appendicitis een vaker voorkomend probleem was bij jongens dan bij meisjes. Met name bij de jongste leeftijdsgroepen zien we dat jongens oververtegenwoordigd waren: bij kinderen jonger dan 15 jaar oud werden 6 op de 10 ingrepen uitgevoerd bij jongens. De mediane leeftijd onder jongens en mannen lag op 23 jaar, bij vrouwen op 25 jaar.

Figuur 1: Ingrepen naar leeftijd en geslacht, 2015

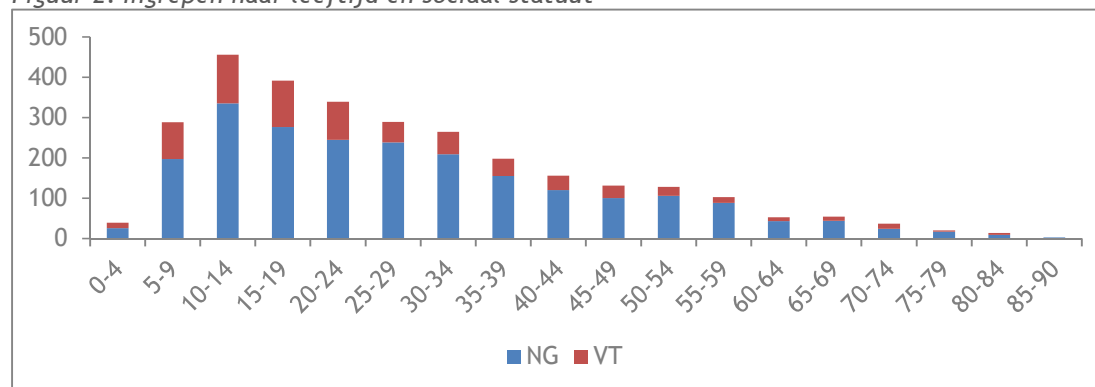


729 van de 2976 weerhouden ingrepen, of om en bij een kwart van de ingrepen, werden uitgevoerd bij leden met recht op verhoogde tegemoetkoming. Dit is in lijn met het aandeel leden met een verhoogde tegemoetkoming bij ons ziekenfonds.

De gemiddelde verblijfsduur bedroeg 2,6 dagen. De mediane verblijfsduur was 2 dagen. Een kwart verbleef slechts 1 dag in het ziekenhuis. Driekwart van de patiënten verlieten het ziekenhuis na 3 dagen. Negen op de tien patiënten waren ontslagen vijf dagen na de opname.

Bij 596 van de 2976 ingrepen kozen de patiënten voor een opname in een eenpersoonskamer. Dit is een vijfde van de patiënten. De overige vier vijfde opteerde voor een twee- of meerpersoonskamer.

Figuur 2: Ingrepen naar leeftijd en sociaal statuut



2.2 Kostprijs appendectomie

2.2.1 De gemiddelde kostprijs

De totaalprijs voor een appendectomie bedroeg gemiddeld **2734 euro**. Van dat totaalbedrag betaalde de patiënt gemiddeld **428 euro** of 16 % uit eigen zak. De ziekteverzekering kwam tussen voor gemiddeld **1277 euro** voor de ingreep-gerelateerde kosten. Het gaat voornamelijk om honoraria van artsen, geneesmiddelen, gebruikt materiaal, technische onderzoeken,... Het Budget Financiële Middelen (BFM³) - dat de verblijf- en verpleegkosten financiert- liep op zijn beurt gemiddeld op tot **1030 euro**.

Wat het BFM betreft, moeten we verduidelijken dat dit bedrag niet gerelateerd is aan de ingreep appendectomie. Het ziekenhuis krijgt per verblijfsdag van de patiënt een budget gebaseerd op historische gegevens en de pathologiemix, ongeacht om welke ingreep het gaat.

Indien we de totaalprijs verder opsplitsen, zien we dat de **verblijfskost**, inclusief de uitgaven in het kader van het budget financiële middelen, de grootste hap uit de totale kost neemt. De kosten voor het verblijf lopen gemiddeld op tot 1254 euro, wat staat voor 46 % van de totale kost van de opname. Daarna volgen de **honoraria** met 908 euro of 33 % van het totaalbedrag. Op de derde plaats komen de **materialen**, die gemiddeld 315 euro of 12 % uitmaken.

We kunnen de bedragen ook opsplitsen naar de uiteindelijke betaler. Op basis van de gemiddelde kosten (los van kamerkeuze, sociaal statuut, type ziekenhuis en andere factoren), kost een appendectomie in de koude of in het acute stadium 428 euro aan de patiënt:

- De grootste relatieve kost voor de patiënt was het **materiaal**. Deze bedraagt gemiddeld 183 euro, goed voor 43 % van de totale patiëntenfactuur.
- De **ereloonsupplementen** bedragen 109 euro of 25% van de factuur.
- De patiëntenkosten met betrekking tot het **verblijf en de verzorging**, bedroegen 11% of gemiddeld 46 euro.
- Voor **geneesmiddelen** betaalt de patiënt gemiddeld 25 euro, wat overeenkomt met 6% van de factuur
- Gemiddeld werd er 18 euro (4%) aangerekend voor **supplementen allerlei**, waaronder uitgaven voor parafarmaceutische producten en diverse kosten voor kamercomfort, eten en drinken, ambulancekosten enzovoort.

³ Het BFM (de vroegere verpleegdagprijs) is een forfaitair bedrag dat bestaat uit een tussenkomst van de ziekteverzekering, de FOD volksgezondheid en een persoonlijk aandeel van de patiënt. Dit bedrag verschilt tussen ziekenhuizen en wordt gevormd door de pathologiemix van de patiënten binnen het ziekenhuis.

Tabel 1. De gemiddelde kostprijs van een appendectomie, 2015 (bedragen in euro).

Component	Terugbetaling ziekteverzekering	BFM	Persoonlijk Aandeel (remgeld)	Supplement	Totaal	Patiënt /Totaal
verblijfskosten	179	1030	44	2	1254	2%
Honoraria	574	0	1	107	682	4%
Materiaal	131	0	183	2	315	7%
forfaitaire honoraria	203	0	23	0	226	1%
geneesmiddelen	131	0	0	23	154	1%
medisch toezicht	60	0	1	2	64	0%
kamersupplementen	0	0	0	19	19	1%
andere supplementen	0	0	0	18	18	1%
forfait geneesmiddelen	0	0	2	0	2	0%
overige	0	0	0	0	0	0%
TOTAAL	1277	1030	253	174	2734	16%

Een opvallende vaststelling uit tabel 1 is de hoge prijs van het materiaal, 315 euro. De patiënt draagt daarenboven 60% van deze kost zelf. Het materiaal dat gebruikt wordt bij een appendectomie is endoscopisch materiaal. Dat is materiaal dat gebruikt wordt bij operaties waar door middel van één of meerdere insnijdingen een buisstructuur wordt ingebracht met daaraan een heel instrumentarium (licht, camera, knipmateriaal, ...).

De vraag die gesteld kan worden is in welke mate de ingreep kan gebeuren met herbruikbaar materiaal. Dat het endoscopisch zakje waarmee de appendix naar buiten komt single-use is lijkt evident. Voor de endoscopische tang en scharen zou het opportuun zijn (zowel voor de ZIV als de patiënt) om te werken met herbruikbare materialen. In deze studie kunnen wij niet nagaan in hoeverre ziekenhuizen nu al het materiaal hergebruiken na strikte sterilisatie. Dit is een piste die zeker verder onderzocht moet worden in het kader van doelmatigheid van de zorg.

De verplichte ziekteverzekering en de FOD Volksgezondheid (voor een deel van het BFM⁴), kortweg de overheid, komt tussen voor 2307 euro:

- Ruim de helft (52%) van de kosten heeft betrekking op het **verblijf en de verzorging**, voor een gemiddelde kost van 1209 euro. We herhalen nog eens dat dit bedrag niet direct gerelateerd is met de aard van de ingreep, maar gebaseerd is op de casemix van het ziekenhuis.
- Meer dan een derde van de kosten (36 %) heeft betrekking op de **honoraria** (chirurg, anesthesist, medisch toezicht, forfaits), voor een bedrag van 837 euro (574 euro of 69% gaat naar de ingreep (inclusief anesthesie) zelf).
- Zo'n 6 % van de kosten voor de ziekteverzekering zijn toe te wijzen aan **geneesmiddelen**, voor een bedrag van 131 euro.
- Het aangerekende **materiaal** maakt eveneens zo'n 6 % van de kosten voor de ziekteverzekering uit, voor een bedrag van 131 euro.

2.2.2 De kostprijs naar kamerkeuze

Uit onze gegevens blijkt dat bij een appendectomie in de koude of in het acute stadium 20% van de patiënten opteert voor een eenpersoonskamer bij de opname. De kamerkeuze is van belang voor de patiëntenfactuur, gezien de artsen enkel in eenpersoonskamers ereloon-supplementen mogen aanrekenen.

⁴ De bedragen inbegrepen in het Budget Financiële Middelen (BFM) bevatten de uitgaven gefinancierd vanuit de FOD Volksgezondheid voorzien voor investeringen, werkingskosten en correcties van betalingen. Deze worden uitgekeerd aan de ziekenhuizen via de verpleegdagprijs. Sinds 2002 gebeurt dit in twaalfden, en vormen ze in die zin een maandinkomen voor het ziekenhuis.

Tabel 2. De gemiddelde kostprijs van een appendectomie naar kamertype, 2015 (bedragen in euro).

Kamertype	Componenten	Terugbetaling	BFM	Persoonlijk aandeel	Supplement	Totaal	Patiënt /Totaal
Eenpersoonskamer	andere supplementen	0	0	0	30	30	1%
	forfait geneesmiddelen	0	0	2	0	2	0%
	geneesmiddelen	127	0	0	23	150	1%
	kamersupplementen	0	0	0	97	97	3%
	Materiaal	129	0	183	1	313	6%
	forfaitaire honor.	198	0	27	1	226	1%
	Honoraria	569	0	1	521	1091	16%
	Medisch toezicht	59	0	2	10	70	0%
	Verblijfskosten	172	978	48	2	1200	2%
	TOTAAL	1254	978	262	685	3178	30%
Twee-of meerpersoonskamer	andere supplementen	0	0	0	16	16	1%
	forfait geneesmiddelen	0	0	2	0	2	0%
	geneesmiddelen	132	0	0	23	155	1%
	kamersupplementen	0	0	0	0	0	0%
	materiaal	131	0	183	2	315	7%
	forfaitaire honor.	205	0	22	0	227	1%
	Honoraria	575	0	1	4	580	0%
	Medisch toezicht	61	0	1	0	62	0%
	verblijfskosten	180	1044	43	2	1269	2%
	TOTAAL	1283	1044	251	31	2609	11%

Enkele bevindingen uit tabel 2:

- De kosten voor de overheid liggen in dezelfde lijn ongeacht de kamerkeuze. In een eenpersoonskamer wordt 2232 euro vergoed door de ziekteverzekering, in een twee-of meerpersoonskamer is dat 2327 euro (+4%). Het BFM-totaal ligt gemiddeld 66 euro hoger in een twee- of meerpersoonskamer (+7%), wat ten dele verklaard kan worden door de marginaal hogere ligduur in dit kamertype. De 30 euro hogere ziv-kost (+2%) is te linken aan een hoger aandeel patiënten met verhoogde tegemoetkoming in kamers van twee of meer personen .
- De gemiddelde totaalkost (overheid + patiënt) ligt aanzienlijk hoger in eenpersoonskamers in vergelijking met twee- of meerpersoonskamers. Het verschil bedraagt 569 euro. De patiënt betaalt zelf 665 euro meer in een eenpersoonskamer.
- Niet verwonderlijk is dat de supplementen sterk doorwegen in de patiëntenfactuur wanneer er geopteerd wordt voor een eenpersoonskamer. De kamer- en ereloon supplementen maken één vijfde van de totaalkost uit bij de ingrepen in een eenpersoonskamer. Met name de ereloon-supplementen lopen hoog op. Deze maken 56 % uit van de totale patiëntenfactuur en dat voor een bedrag van gemiddeld 531 euro. Ook de kamersupplementen tikken aan, met een gemiddelde kost van 97 euro (10%).
- Patiënten die kozen voor een eenpersoonskamer betaalden maar liefst 30 % van de totaalkost uit eigen zak (remgeld + supplement). Bij patiënten die in een gemeenschappelijke kamer lagen bedroeg het patiëntenaandeel slechts 11 %.

2.2.3 De kostprijs naar sociaal statuut

Een ander element dat de kost van een ingreep sterk bepaalt, is het sociaal statuut van de patiënt. Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming krijgen immers een hogere terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering en dienen een lager persoonlijk aandeel te betalen.

Tabel 3. De gemiddelde kostprijs van een appendectomie naar sociaal statuut, 2015 (bedragen in euro).

Statuut	Componenten	ZIVK	BFM	PA	Supplement	Totaalkost	Patiëntkost/totaal
Normaal gerechtigde	andere supplementen	0	0	0	19	19	1%
	forfait geneesmiddelen	0	0	2	0	2	0%
	geneesmiddelen	130	0	0	23	153	1%
	kamersupplementen	0	0	0	24	24	1%
	Materiaal	131	0	184	1	317	7%
	forfaitaire honor.	200	0	30	0	229	1%
	Honoria	572	0	1	129	702	5%
	Medisch toezicht	60	0	2	3	64	0%
	verblijfskosten	175	1000	53	3	1230	2%
	TOTAAL	1268	1000	272	200	2739	18%
Verhoogde tegemoetkoming	andere supplementen	0	0	0	17	17	1%
	forfait geneesmiddelen	0	0	2	0	2	0%
	geneesmiddelen	131	0	0	24	155	1%
	kamersupplementen	0	0	0	7	7	0%
	materiaal	126	0	175	2	302	7%
	forfaitaire honor.	212	0	2	0	214	0%
	Honoria	568	0	1	40	608	2%
	Medisch toezicht	60	0	0	1	61	0%
	verblijfskosten	187	1103	14	1	1305	1%
	TOTAAL	1284	1103	193	91	2671	11%

Enkele bevindingen uit tabel 3:

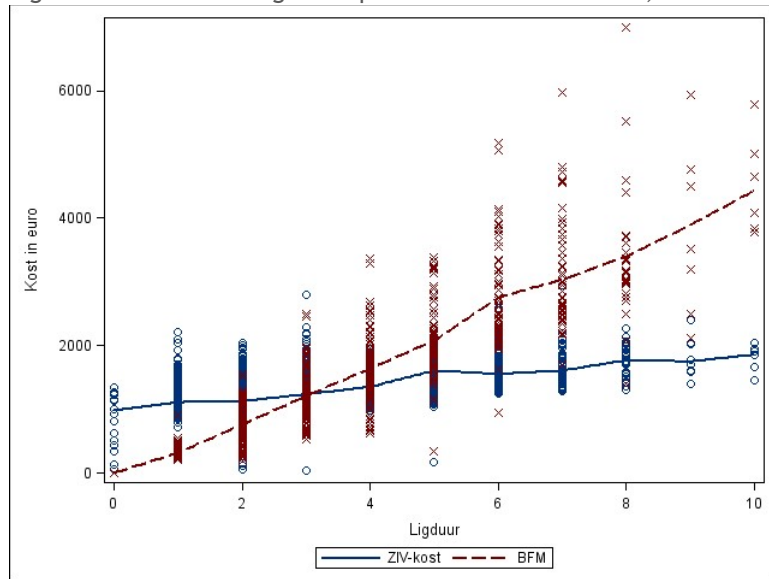
- We zien inderdaad dat een hogere kost voor de ziekteverzekering samengaat met een lagere kost voor de patiënt van gemiddeld 69 euro. Dit verschil zorgde ervoor dat de patiënt met verhoogde tegemoetkoming slechts 11 % van de totale factuur uit eigen zak betaalt ten opzichte van 18 % bij de normaal gerechtigde.
- Wanneer we enkel het persoonlijk aandeel in de totale factuur beschouwen, dan zien we dat de patiëntkost voor de verhoogde tegemoetkoming 7 % uitmaakt, voor de normaal gerechtigde is dit 10 %. Het totale remgeld voor een patiënt met recht op verhoogde tegemoetkoming bedraagt gemiddeld 193 euro, tegenover 272 euro bij een gewoon gerechtigde.
- Het gemiddelde supplementbedrag lag aanzienlijk hoger bij normaal gerechtigden. Dit impliceert dat normaal gerechtigden vaker kozen voor een eenpersoonskamer. Dit komt naar voren uit onze cijfers: onder patiënten met een verhoogde tegemoetkoming koos slechts 9 % voor een eenpersoonskamer. Onder normaal gerechtigden opteerde 24 % voor een eenpersoonskamer.
- De verhoogde terugbetaling vanuit de ziekteverzekering weerspiegelt zich uiteraard in de ziv-kost. Zo betaalt de ziekteverzekering gemiddeld 16 euro meer terug bij personen met een verhoogde tegemoetkoming (1284 euro versus 1268 euro). Bovendien bedraagt het BFM gemiddeld 103 euro meer bij personen met een VT (1103 euro versus 1000 euro).

2.2.4 De kostprijs naar ligduur

De kostprijs van de opname wordt sterk bepaald door de ligduur. Niet verwonderlijk gegeven het feit dat het ziekenhuis een bedrag mag aanrekenen per opname én per dag. Het overgrote deel hiervan wordt betaald door de verplichte ziekteverzekering en de FOD Volksgezondheid, maar een deel legt de patiënt zelf op.

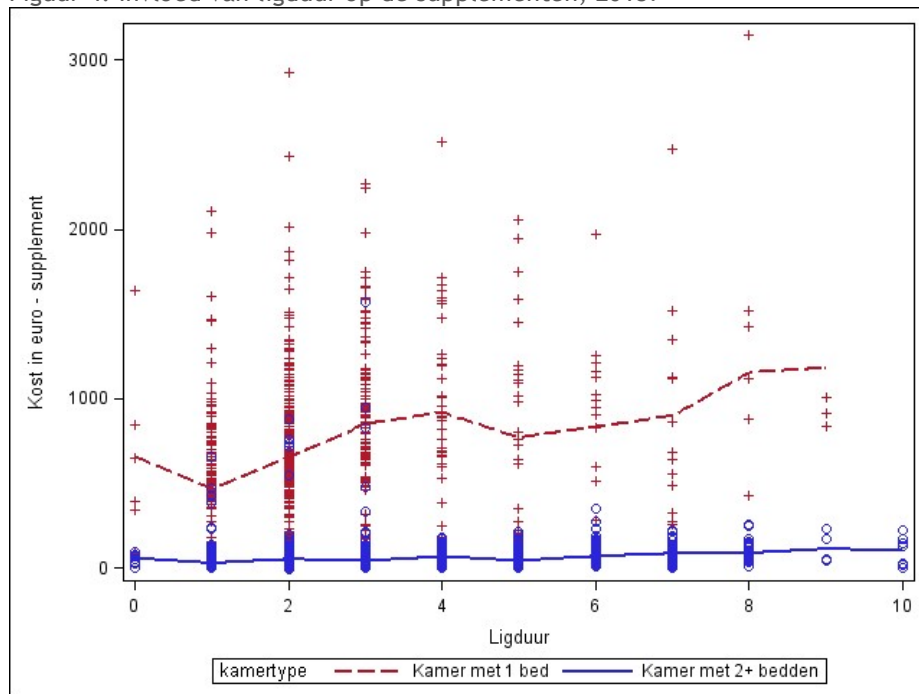
In onderstaande grafiek tonen we de relatie tussen de ziv-kost, BFM en de ligduur. We zien dat deze sterk positief samenhangen. Een langere ligduur gaat gepaard met een hogere kost voor de ziekteverzekering. De meerkost wordt zeer sterk gestuurd door de toenemende kosten voor het BFM.

Figuur 3: Invloed van ligduur op de ZIV-kost en het BFM, 2015.



Bovendien merken we dat het totaalbedrag aan supplementen sterk samenhangt met de verblijfsduur, zeker in de eenpersoonskamers. Het beperkt aantal patiënten die langere tijd in een eenpersoonskamer verblijven, maken deze cijfers echter vrij onstabiel. Grote uitspraken kunnen we niet doen op basis van deze cijfers.

Figuur 4: Invloed van ligduur op de supplementen, 2015.



2.2.5 De kostprijs naargelang de regio

Tussen de regio's zien we aanzienlijke verschillen in de kostprijs van de appendectomie. Zo komt de verplichte verzekering in Brussel tussen voor 1419 euro tegenover respectievelijk 1275 euro en 1270 euro in Wallonië en Vlaanderen. De reden van dit verschil zien we in een hogere terugbetaling voor honoraria (voor de ingreep en toezicht) en verblijfskosten in het Brussels Gewest.

Verder zien we dat het BFM er ook een stuk hoger ligt dan in de andere regio's. Hier heeft het ziekenhuis maar een beperkte invloed op, al valt op dat de ligduur in Brussel gemiddelde hoger ligt dan in Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen ligt ze nog eens een stuk lager dan in Wallonië.

De patiënt betaalt in Brussel gemiddeld het meest met 771 euro uit eigen zak, in Vlaanderen is dat 528 euro en in Wallonië 594 euro. Dit komt vooral door de hoge kamersupplementen in het Brussels Gewest. Voor ereoonsupplementen scoort Wallonië hoger dan Vlaanderen en verrassend genoeg ligt Brussel op het niveau van Vlaanderen. Een nadere analyse leert ons echter dat dit komt doordat in Brussel minder ingrepen op een eenpersoonskamer gebeuren, 12% tegenover 23% in Vlaanderen en 20% in Wallonië. Kijken we naar het aangerekende supplement op een eenpersoonskamer komen we tot volgend gemiddelde: Brussel 771 euro, Vlaanderen 415 euro en Wallonië 621 euro.

Tabel 4. Verschillen in de kostprijs van een appendectomie naar regio, 2015.

Component	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
Honoraria-ZIV	700 euro	627 euro	603 euro
Honoraria persoonlijk aandeel	5 euro	1 euro	3 euro
Honorariumsupplement	96 euro	97 euro	126 euro
Kamersupplement	352 euro	80 euro	147 euro
Forfaitaire honoraria-ZIV	216 euro	195 euro	207 euro
Forfaitaire honoraria persoonlijk aandeel	18 euro	25 euro	23 euro
Materiaal-ZIV	141 euro	142 euro	142 euro
Materiaal patient	196 euro	200 euro	201 euro
Geneesmiddelen-ZIV	136 euro	119 euro	140 euro
Geneesmiddelen patient	25 euro	20 euro	26 euro
Forfait geneesmiddelen-pat	2 euro	2 euro	2 euro
Verblijfskost-ZIV	225 euro	162 euro	178 euro
BFM	1416 euro	851 euro	1072 euro
Verblijfskost patient	50 euro	45 euro	45 euro
Verblijfsduur	3 dagen	2,3 dagen	2,7 dagen

2.2.6 De kostprijs naargelang het ziekenhuis

Achter de gemiddelde kostprijzen die we tot nu besproken hebben, gaan aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen schuil. In onderstaande figuren geven we de gemiddelde bedragen weer per ziekenhuis. De variatie tussen ziekenhuizen kan te wijten zijn aan een specifieke patiëntenmix, maar ook aan het beleid en de verschillende praktijkvoering van de zorgverstrekkers zelf. In de figuren rangschikken we de ziekenhuizen naar het aantal verrichte ingrepen. Opgelet bij de interpretatie van deze cijfers: in een aantal ziekenhuizen werden slecht een beperkt aantal appendectomieën uitgevoerd. Indien er minder dan 5 ingrepen werden verricht, berekenden we geen kosten.

Zoals zal blijken uit onderstaande figuren is er een sterke variatie tussen en binnen ziekenhuizen wat betreft de kostprijs voor een opname appendectomie. Om een zuiverder beeld te krijgen tonen we de terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering, exclusief BFM. Op die manier speelt de ligduur minder in de bedragen.

In eerste instantie kijken we naar de opnames in *eenpersoonskamers bij normaal gerechtigden*. Wat meteen opvalt in figuur 4 zijn de grote verschillen naar terugbetaling via de ziekteverzekering. We stellen vast de gemiddelde bedragen voor de ZIV variëren tussen 1753 en 925 euro voor dezelfde ingreep bij normaal gerechtigden opgenomen in een eenpersoonskamer. Een meerprijs dus van zo'n 90%.

Ook naar patiëntkost toe zien we grote verschillen in de gemiddelde bedragen tussen ziekenhuizen. Wat remgelden aangaat, varieert de kost tussen 176 euro en 360 euro of meer dan het dubbel. Voor supplementen liggen de bedragen tussen 140 euro en 2122 euro in een eenpersoonskamer bij normaal gerechtigden. Een gemiddeld verblijf in het duurste ziekenhuis kost dus 15 keer meer aan supplementen dan het goedkoopste.

In meerpersoonskamers mogen geen ereloon- en kamersupplementen aangerekend worden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de bedragen hier aanzienlijk lager liggen. We focussen op de normaal gerechtigden, die de grootste groep uitmaken. Toch blijft ook hier de variatie tussen ziekenhuizen groot. Wat de terugbetalingen via de **verplichte ziekteverzekering betreft schommelen de kosten tussen 1034 euro en 1677 euro (+62%)**. Hier zien we dat de universitaire ziekenhuizen beduidend meer kosten aan de ziekteverzekering. Wat remgelden betreft vinden we bedragen terug gaande van 178 euro tot 308 euro (+73%). Supplementen schommelen tussen 14 euro en 141 euro.

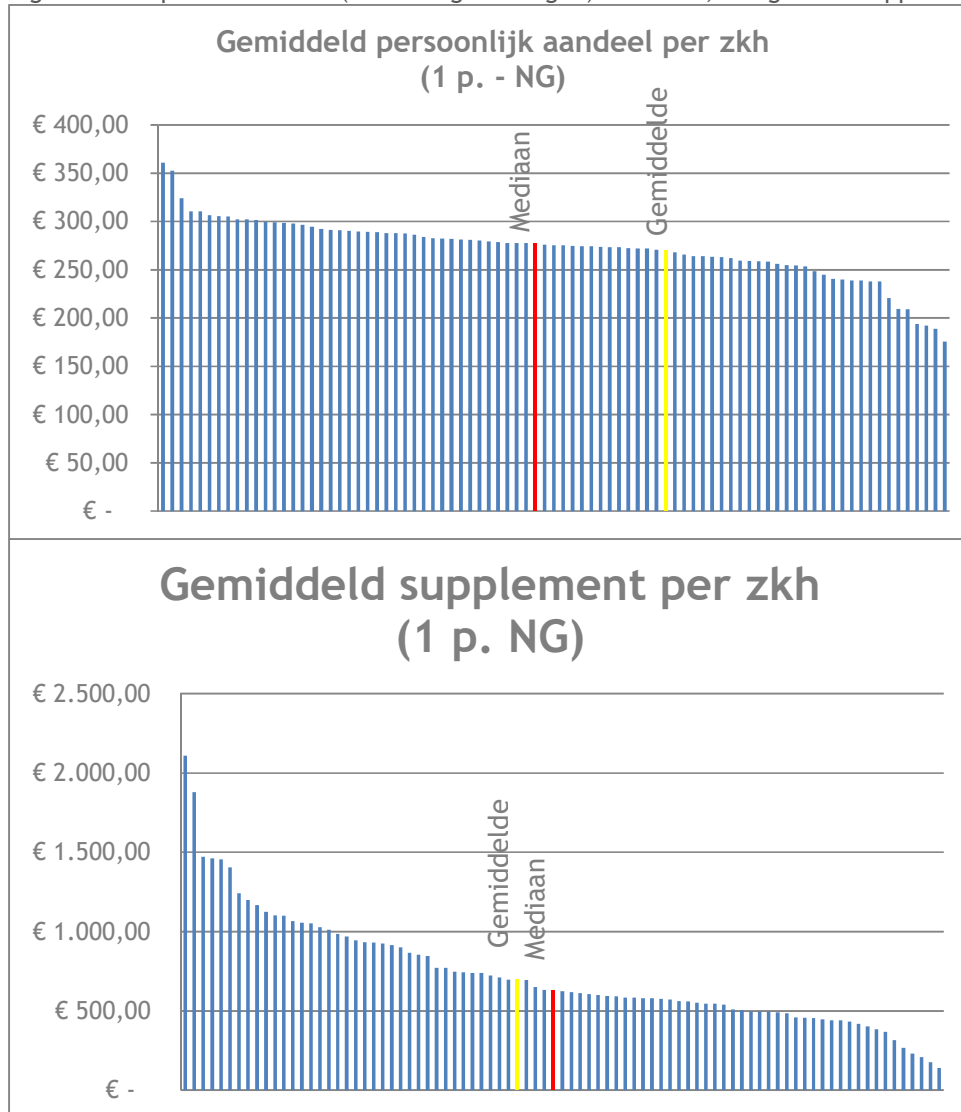
Tabel 5. Spreiding kostprijs eenpersoonskamers, uitgedrukt in euro.

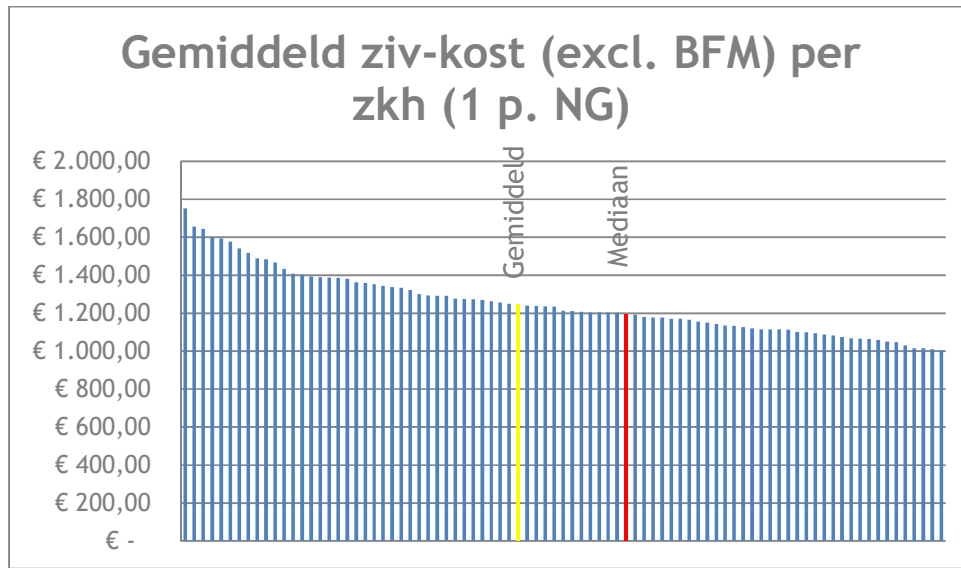
Component	Goedkoopst	Duurst	Mediaan
Eenpersoonskamer			
ZIV	925	1753	1194
REMGELD	176	360	277
SUPPLEMENT	140	2122	626

Tabel 6. Spreiding kostprijs twee-of meerpersoonskamers, uitgedrukt in euro.

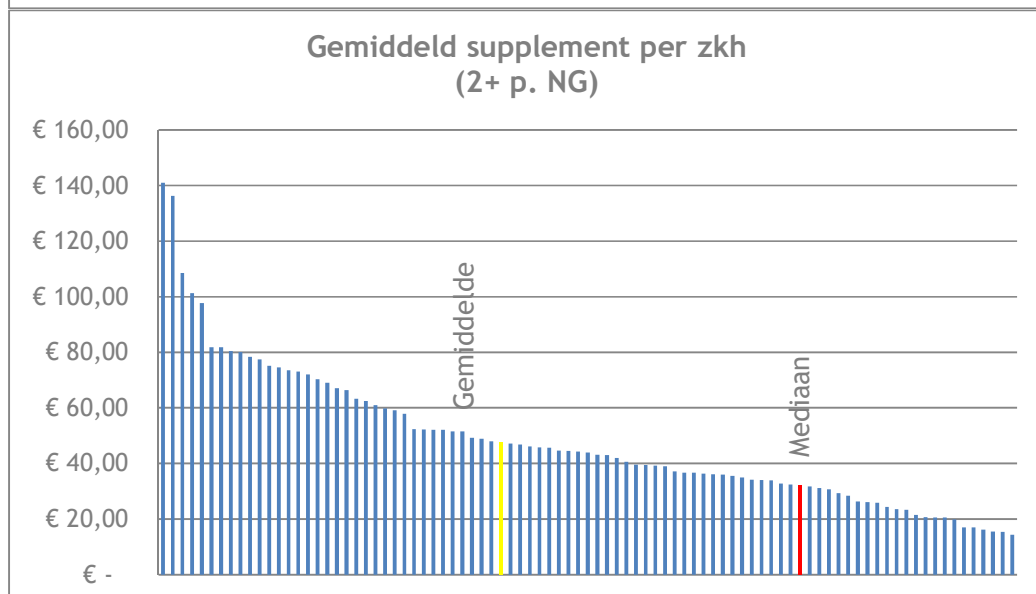
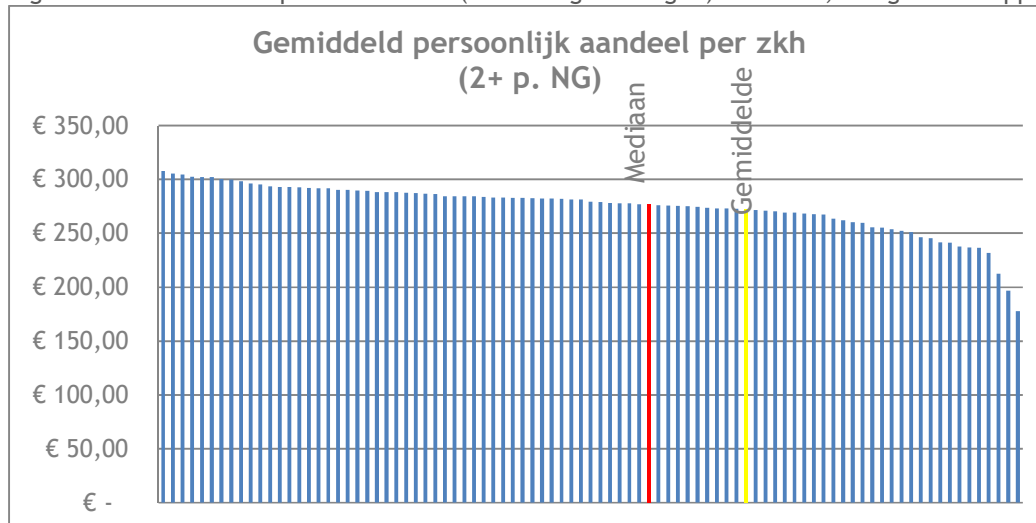
Component	Goedkoopst	Duurst	Mediaan
Twee-of meerpersoonskamer			
ZIV	1034	1677	1232
REMGELD	178	308	277
SUPPLEMENT	14	141	32

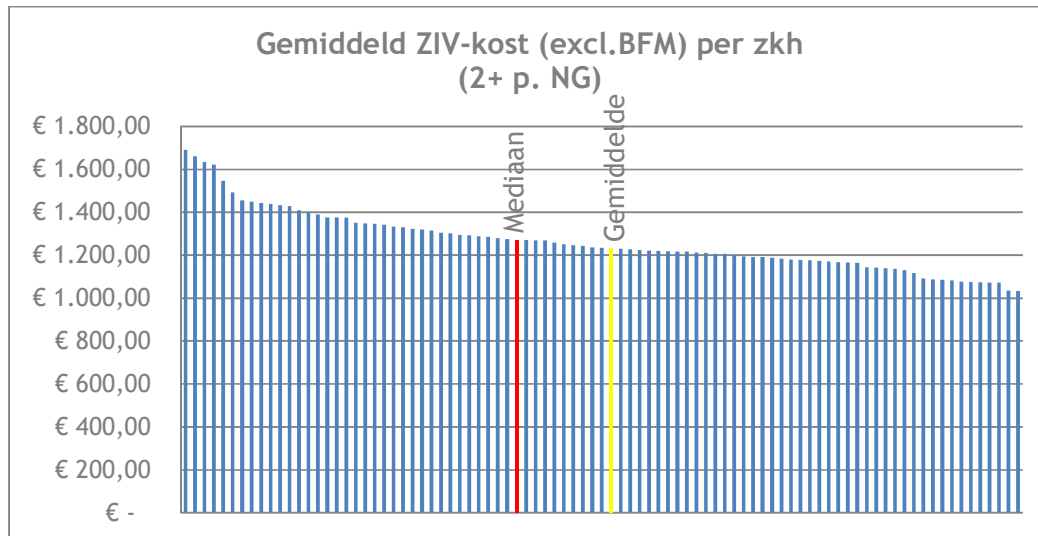
Figuur 4: Eenpersoonskamer (normaal gerechtigde): ZIV-kost, remgeld en supplement, 2015.





Figuur 5: Twee-of meerpersoonskamer (normaal gerechtigde): ZIV-kost, remgeld en supplement, 2015.





2.3 De verschillen tussen ziekenhuizen verklaard

Wanneer we een verklaring zoeken voor de verschillen tussen ziekenhuizen is het eenvoudigst om te focussen op de verschillen in aangerekende remgelden. Men kan immers argumenteren dat supplementen een gevolg zijn van een keuze van de patiënt voor een bepaald comfortniveau. De prijsverschillen in deze zijn dan ook tot op zekere hoogte te vermijden, indien gewenst.

Om de impact van kamerkeuze en sociaal statuut op de kosten uit te sluiten beperken we ons in deze bespreking tot de opnames in meerpersoonskamers bij normaal gerechtigden (58 % van alle opnames). Op basis van de variatiecoëfficiënt⁵ kunnen we nagaan op welke component de grootste variatie tussen ziekenhuizen zich voordoet. In onderstaande tabel geven we de prestaties weer (gegroepeerd in subgroepen van nomenclatuurcodes) die aan minstens 10 % van de patiënten werd aangerekend, samen met de gemiddelde bedragen en bijhorende variatiecoëfficiënt.

Om de zaken overzichtelijk te houden, sluiten we een aantal prestaties uit, met name de forfaitaire honoraria voor klinische biologie en medische beeldvorming alsook het forfait voor geneesmiddelengebruik. Deze worden namelijk (deels) berekend op basis van historische gegevens en zijn voor elke instelling vastgelegd door de overheid. De variatie in deze bedragen is niet toe te wijzen aan een specifiek beleid van het ziekenhuis of de arts in kwestie.

Tabel 7. Belangrijkste variaties in de gemiddelde kostprijs, 2015.

Component	ZIVK (25p - 75p)	PA (25p -75p)	supplement (25p-75p)
Geneesmiddelen buiten forfait	0	0	24 (18-29)
Medisch toezicht	59 (53-58)	2	0
Persoonlijk aandeel hospitalisatie	-54	54 (49-59)	0
Overige supplementen	0	0	21 (10-30)
Klinische biologie - Artikel 24§1	13 (9-17)	0	0
Klinische biologie - Artikel 3	5 (4-6)	0	0
Medische beeldvorming (buiten forfait)	97 (79-115)		0
Dringende technische verstrekkingen	203 (164-237)	1	0

⁵ De variatiecoëfficiënt is de standaardafwijking gedeeld door het gemiddelde. Dit levert een dimensieloze maat op die ons toestaat na te gaan binnen welke component de spreiding het grootst is.

2.3.1 Verschillen voor de overheid

Uit tabel 7 kunnen we een aantal zaken opmaken. Kijkend naar de ziv-kost zien we dat de grootste variatie tussen ziekenhuizen terug te vinden is in de component **medisch toezicht**. Het gaat hierbij om honoraria voor toezicht op de opgenomen rechthebbende. Voor een kwart van de patiënten bedraagt de terugbetaling minder dan 53 euro, bij een kwart meer dan 58 euro.

Voor de niet-forfaitaire tussenkomsten **klinische biologie** (art. 3 en art. 24§1) zijn er ook variaties te zien tussen de ziekenhuizen. Voor klinische biologie art. 3 (niet voorbehouden aan klinisch biologen) variëren de terugbetalingen tussen 3,8 euro voor p25 en 5,9 euro voor p75. Voor klinische biologie art. 24§1 (enkel klinisch biologen) vinden we bedragen die liggen tussen 8,8 euro voor p25 en 16,6 euro voor p75. Beiden worden aangerekend in zo'n 70% van de verblijven.

Meer substantiële verschillen, in termen van absolute bedragen, vinden we in de prestaties voor **medische beeldvorming buiten forfait**. Deze worden aangerekend bij de helft van de patiënten en kosten de verplichte verzekering gemiddeld 97 euro. Tussen de ziekenhuizen stellen we echter aanzienlijke verschillen vast met 79 euro voor p25 en 115 euro voor p75.

Als laatste halen we hier ook de prestaties '**dringende technische verstrekkingen**' aan. Dit zijn de bijkomende honoraria die mogen aangerekend worden voor verstrekkingen verricht 's nachts, tijdens het weekeinde of op een feestdag. Hier zien we dat er gemiddeld 203 euro wordt aangerekend, met verschillen gaande van 164 euro voor p25 tot 237 euro voor p75. Deze bijkomende honoraria worden aangerekend in 41 % van de opnames.

2.3.2 Verschillen voor de patiënt

Verleggen we de focus op de kosten voor de patiënt, dan zien we wat de remgelden betreft voornamelijk sterke verschillen tussen ziekenhuizen bij de aanrekening van het **persoonlijk aandeel in de verblijfskosten**. Gemiddeld betaalt de patiënt 54 euro, maar een kwart betaalt minder dan 49 euro, een kwart meer dan 59 euro. Verder stellen we vast dat de spreiding tussen ziekenhuizen voor remgelden vrij beperkt is.

Wat betreft supplementen bemerken we aanzienlijke verschillen bij de **overige supplementen**, deze hebben doorgaans betrekking op kamercomfort, internet, televisie, telefonie... hier zien we dat de patiënt gemiddeld 21 euro zelf dient te betalen, maar een kwart wordt 10 euro of minder aangerekend, een kwart 30 euro en meer.

Daarnaast wordt in bijna alle gevallen **niet-vergoedbare medicatie** afgeleverd voor een gemiddeld bedrag van 24 euro. Ook hier stellen we wezenlijke verschillen vast tussen ziekenhuizen. In een kwart van de gevallen bedraagt het aangerekende bedrag minder dan 18 euro, in een kwart meer dan 29 euro.

We wijzen er tenslotte nogmaals op dat de patiënt een aanzienlijk bedrag voor de materialen en de eventueel aangerekende supplementen hierop zelf moeten ophoesten. Gemiddeld wordt hiervoor zo'n 200 euro aangerekend.

2.3.3 Verschillen in de behandeling

Wanneer we nagaan wanneer de ingreep appendectomie plaatsvindt, komen we tot enkele interessante bevindingen. Zo zien we dat 67% van de ingrepen tijdens een weekday overdag plaatsvindt, 14% gebeurt 's nachts, 18% tijdens het weekend en nog eens 1% tijdens een feestdag.

Operatieve hulp wordt aangerekend in 77% van de ingrepen. Gekeken naar de verdeling over de verschillende tijdstippen valt op dat er overdag tijdens de week meer ingrepen gebeuren met operatieve hulp dan op de andere tijdstippen. Met name tijdens de feestdagen en de nachten zijn er minder assistenten aanwezig tijdens een appendectomie. In 82% van de ingrepen die overdag gebeuren wordt de hulp ingeroepen van een assistent-chirurg. 's Nachts daalt dit percentage tot 64%.

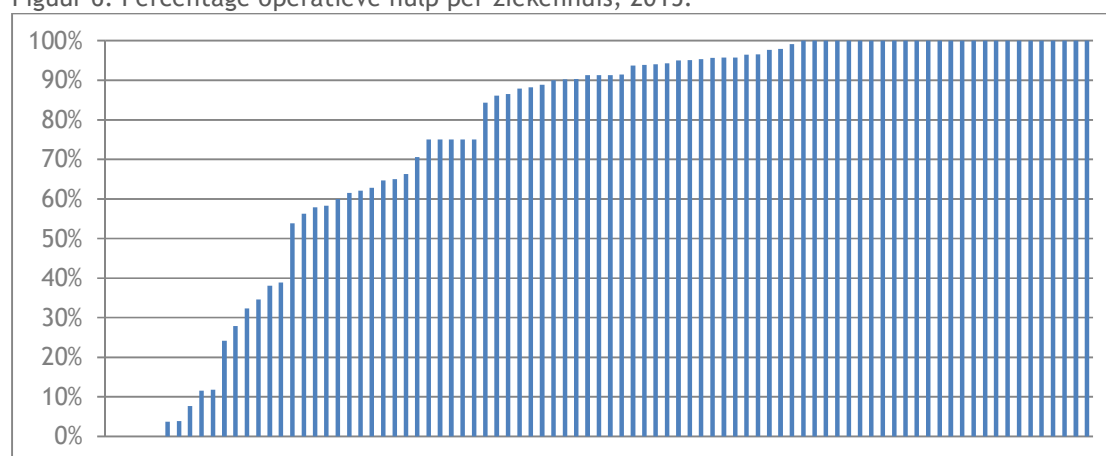
Tabel 8. Moment van ingreep en aandeel operatieve hulp, 2015.

Tijdstip	Hoofdingreep	% ingrepen met operatieve hulp
Weekdag	67%	82%

Nacht	14%	64%
Weekend	18%	68%
TOTAAL	100%	77%

Bekeken op het niveau van ziekenhuizen merken we dat er grote verschillen zijn in de praktijk. Van de 87 ziekenhuizen in onze selectie zijn er 13 die in minder dan 1 op 3 ingrepen assistentie aanrekenen, 60 rekenen in meer dan 7 op de 10 ingrepen assistentie aan. Vijf ziekenhuizen rekenen zelfs bij geen enkele ingreep assistentie aan. 19 ziekenhuizen rekenden dan weer bij elke ingreep assistentie aan. Bij de universitaire ziekenhuizen wordt steevast meer dan 90% van de ingrepen met assistentie uitgevoerd. We kunnen ons vragen stellen bij de noodzakelijkheid van een arts als assistent bij deze ingreep.

Figuur 6. Percentage operatieve hulp per ziekenhuis, 2015.



Als we nagaan wie de ingreep uitvoert en wie assisteert op basis van de kwalificatiecodes van de chirurgen merken we op dat in het grootste deel van de operatieve hulp voor rekening is van chirurgen in opleiding: 46 % van de operatieve hulp is voor rekening van de arts in opleiding. Daarnaast wordt een aanzienlijk deel verricht door de artsen in opleiding urologie en orthopedische heekunde, respectievelijk 6 en 7 %. De relevante artsen en chirurgen in opleiding zijn dus goed voor 59% van de aanrekeningen operatieve hulp. 35 % wordt verricht door artsen met kwalificatiecode 140, oftewel volwaardig chirurgen. Huisartsen en andere artsen zijn goed voor 6% van de operatieve hulp.

Tabel 9. Kwalificatiecode operatieve hulp, 2015.

Kwalificatiecode	Operatieve hulp
Chirurg in opleiding	46%
Uroloog in opleiding	6%
Ortho in opleiding	7%
Chirurg	35%
Overige	6%

Uit onze cijfers komt niet onmiddellijk naar voren dat de kamerkeuze gelinkt is aan het al dan niet aanwezig zijn van een assistent-chirurg tijdens de ingreep. Het argument dat ziekenhuizen zouden kiezen

voor de aanwezigheid van een assistent-chirurg bij opnames in een eenpersoonskamer puur om ereloon-supplementen aan te kunnen rekenen gaat dus niet op.

Een interessante vaststelling is wel dat bij ingrepen volgend op spoedopname minder vaak operatieve hulp wordt aangerekend. Dat kan een aanwijzing zijn dat ziekenhuizen bij acute appendicitis minder tijd hebben om een assistent-chirurg in te plannen. Een tweede knipperlicht dat ons doet afvragen of een assistent nodig is bij deze ingreep.

Tabel 10. Operatieve hulp naar type opname, 2015.

Type opname	%
Geen spoedopname	84%
Weekdag	88%
Feestdag	67%
Nacht	77%
0 - 8u dringend	50%
Weekend	77%
Spoedopname	73%
Weekdag	79%
Feestdag	63%
Nacht	56%
0 - 8u dringend	80%
Weekend	63%
Totaal	77%

2.4 Ambulante kosten

In dit deel focussen we op de kosten gerelateerd aan een appendectomie-opname, maar gemaakt in ambulante setting. Hieronder verstaan we alle prestaties die plaats hadden in dezelfde opnameperiode als van de appendectomie maar die niet aangerekend werden als klassieke opname. Hieronder vallen zowel prestaties in zuiver ambulante setting als spoedopnames.

Bij 1053 van de 2976 patiënten, of 64 % werd een prestatie voor dringende geneeskundige verzorging in een spoeddienst aangerekend. De gemiddelde totaal kost voor prestaties in ambulante setting bedroeg 134 euro. Hiervan was 16 euro (12 %) te betalen door de patiënt zelf (14 euro remgelden + 2 euro supplementen). De overige 118 (88 %) euro werd betaald door de verplichte ziekteverzekering.

Tabel 11. Gemiddelde aan ambulante kostencomponenten, 2015.

Component	Ziv-terugbetaling	Persoonlijk aandeel	Supplement	Totaal
Medische beeldvorming	47	1	0	49
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	33	10	0	44
Speciale verstrekkingen	20	1	0	21
Klinische biologie	10	0	0	10
Specialiteiten afkomstig van de ziekenhuisofficina	5	1	0	6
Heelkunde	1	0	0	1
Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	0	0	0	1
Toezicht	0	0	0	0
Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden	0	0	0	0
Honoraria van verpleegkundigen	0	0	0	0
Andere kosten van verblijf en reiskosten	0	0	0	0

Verzorging door vroedvrouwen	0	0	0	0
Verzorging door kinesitherapeuten	0	0	0	0
Allerlei	0	0	1	1
Totaal	118	14	2	134

Wat betreft kosten voor de verplichte ziekteverzekering:

- 40% van alle kosten voor de verplichte ziekteverzekering zijn te wijten aan medische beeldvorming
- Nog eens 28% kunnen we toewijzen aan raadplegingen en bezoeken
- 17% van de kosten vallen onder de categorie speciale verstrekkingen. Dit zijn onder meer dringende technische verstrekkingen en pathologische anatomie
- 8% van de kosten zijn op rekening van klinische biologie

Gekeken naar uitgaven voor de patiënt stellen we vast dat:

- 72 % van de remgelden gaat naar het betalen van raadplegingen en bezoeken
- 9 % van de remgelden dient om medische beeldvorming mee te financieren
- Nog eens 9 % uit wordt gebruikt voor het vergoeden van specialiteiten uit ziekenhuisofficina
- 5 % van de remgelden wordt gebruikt om speciale verstrekkingen (incl. dringende technische verstrekkingen) mee te betalen.
- Ruim 58 % van de supplementen worden uitgegeven niet-vergoedbare diverse kosten, zowel medisch als niet-medisch
- 17 % zijn ereloonsupplementen voor raadplegingen en bezoeken
- 16 % van de supplementen gaat naar medische beeldvorming
- 6 % van de supplementen gaat naar speciale verstrekkingen.

3. BELANGRIJKSTE VASTSTELLINGEN

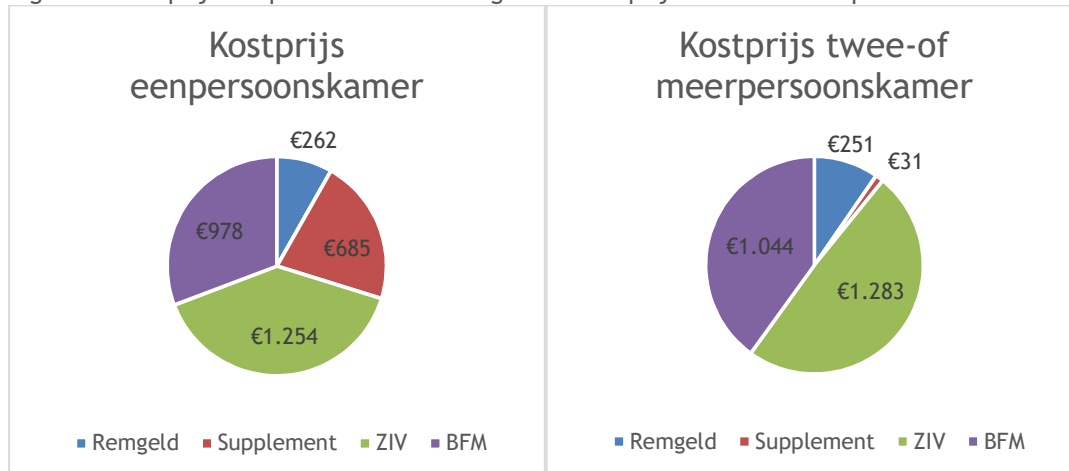
In onze studie omtrent appendectomie worden twee grote vaststellingen gedaan: de kosten van deze routine-ingreep verschillen aardig tussen de verschillende ziekenhuizen en we zien dat de behandeling anders vormgegeven wordt. De variatie bij een standaardingreep als appendectomie is opvallend, wetende dat we de outliers en gevallen met complicaties reeds uit onze studie gefilterd hebben. We vatten hier de opvallendste bevindingen nog even samen.

3.1 Invloed van verblijfsduur, kamertype en regio

Het verblijf varieerde van 2,3 dagen in Vlaanderen tot 3 dagen in Brussel. Het gemiddelde in België bedraagt 2,6 dagen. De mediaan komt uit op 2 dagen voor het hele land.

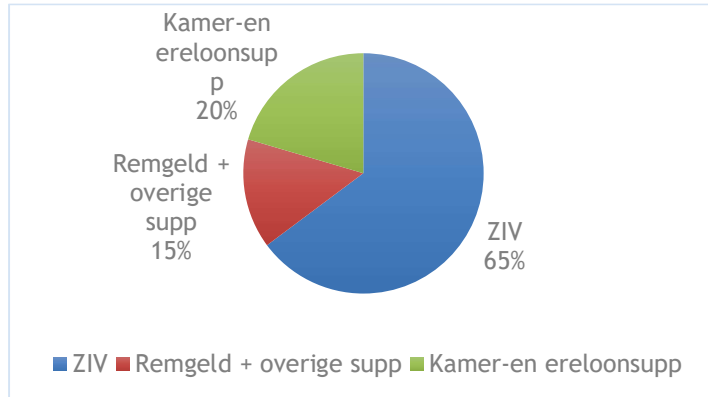
Een op vijf patiënten kiest voor een eenpersoonskamer, daar betaalt de patiënt gemiddeld 946 euro (30% totaalfactuur), tegenover 282 euro (11% totaalfactuur) op een twee- of meerpersoonskamer. De overheid ontfermt zich over de overige delen van de factuur. Alles samen komt de gemiddelde eindfactuur uit op 2609 euro in een twee- of meerpersoonskamer en 3178 euro op een eenpersoonskamer. Dit verschil is bijna uitsluitend te wijten aan de hoge kamer- en ereloonsupplementen in de eenpersoonskamers.

Figuur 7. Kostprijs eenpersoonskamer + Figuur 8. Kostprijs twee- of meerpersoonskamer

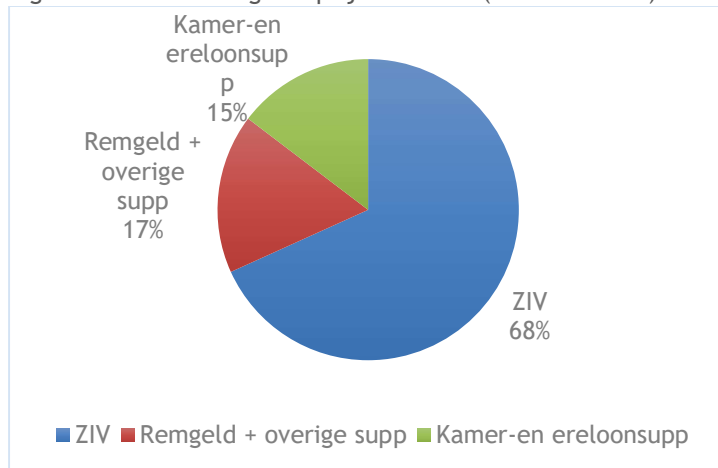


De verplichte verzekering komt in Brussel tussen voor 1419 euro tegenover respectievelijk 1275 euro en 1270 euro in Wallonië. De reden van dit verschil zien we in een hoge terugbetaling voor honoraria en verblijfskosten in het Brussels Gewest. De patiënt betaalt in Brussel gemiddeld het meest met 771 euro uit eigen zak, in Vlaanderen is dat 528 euro en in Wallonië 594 euro. De kamer- en ereloonsupplementen bedragen in Brussel 448 euro, in Wallonië is dat 274 euro en in Vlaanderen 176 euro. De patiënt betaalt in Vlaanderen wel meer aan remgelden en overige supplementen (352 euro tegenover 323 euro en 320 euro in Wallonië en Brussel).

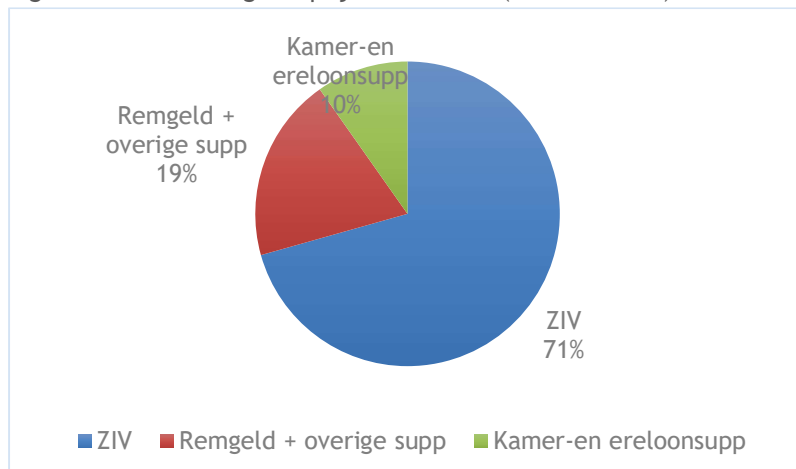
Figuur 9. Verhouding kostprijs Brussel (exclusief BFM)



Figuur 10. Verhouding kostprijs Wallonië (exclusief BFM)



Figuur 11. Verhouding kostprijs Vlaanderen (exclusief BFM)



3.2 De gemiddelde kostprijs

De kostprijs voor de patiënt komt gemiddeld uit op 428 euro, goed voor 25% van de factuur (zonder BFM). De overheid ontfermt zich over de overige 75% van de factuur. Van de 1277 euro die de ZIV tussenkomst gaat twee derde naar honoraria (inclusief forfaitaire honoraria en medisch toezicht), 14% naar verblijfskosten, 10% naar materiaal en 10% naar geneesmiddelen.

Van de 428 euro die de patiënt betaalt gaat maar liefst 43% of 183 euro naar het materiaal. We merken op dat er voor deze kost geen onderscheid wordt gemaakt tussen een patiënt met recht op verhoogde tegemoetkoming en een patiënt zonder. Voor iemand met recht op verhoogde tegemoetkoming maakt het materiaal 62% van de factuur uit. Een herwaardering van de materiaalkost dringt zich dan ook dringend op, de forfaitarisering van honoraria en het gebruik van supplementen lenen zich hiertoe zoals we in ons voorstel verder zullen aantonen. De ereloon-supplementen zijn goed voor een kwart van de factuur. Het verblijf, de geneesmiddelen en overige supplementen beslaan respectievelijk 11%, 6% en 4% van de factuur.

Tabel 12. Gemiddelde kostprijs van een appendectomie (excl. BFM) voor de ziekteverzekering en de patiënt, in euro.

Component	Terugbetaling ziekteverzekering	Patiënt	Waarvan supplement
Honoraria	837	134	81%
Materiaal	131	185	1%
Geneesmiddelen	131	25	92% ⁶
Verblijf	179	65	32%
Overige	/	18	100%
Totaal	1277	428	41%

3.3 De variatie tussen ziekenhuizen

Wanneer we naar de terugbetaling kijken, met exclusie van het BFM, blijken de verschillen tussen ziekenhuizen opvallend. We stellen vast dat de gemiddelde bedragen voor de ZIV variëren tussen 925 euro en 1753 euro voor dezelfde ingreep bij normaal gerechtigden opgenomen in een eenpersoonskamer. Een meerprijs dus van zo'n 90%.

Ook naar patiëntkost toe zien we grote verschillen in de gemiddelde bedragen voor een opname in een eenpersoonskamer. Wat remgelden aangaat varieert de kost tussen 176 euro en 360 euro of meer dan het dubbel. Voor supplementen liggen de bedragen tussen 140 euro en 2122 euro in een eenpersoonskamer bij normaal gerechtigden. Een gemiddeld verblijf in het duurste ziekenhuis kost aan supplementen dus 15 keer meer aan de patiënt dan het goedkoopste.

Ook in twee-of meerpersoonskamers blijft de variatie tussen ziekenhuizen groot. Wat de terugbetalingen via de verplichte ziekteverzekering betreft schommelen de kosten tussen 1034 euro en 1677 euro (+62%). Hier zien we dat de universitaire ziekenhuizen beduidend meer kosten aan de ziekteverzekering. Wat remgelden betreft vinden we bedragen terug gaande van 178 euro tot 308 euro (+73%). Supplementen schommelen tussen 14 euro en 141 euro.

⁶ Het gaat hierbij om niet-vergoedbare geneesmiddelen

Tabel 13. Verschil tussen de gemiddeld goedkoopste en duurste gemiddelde ziekenhuizen naar component, uitgedrukt in euro.

Component	Goedkoopst	Duurst	Verhouding
Eenpersoonskamer			
ZIV	925	1753	1,9
REMGELD	176	360	2,0
SUPPLEMENT	140	2122	15,2
Twee-of meerpersoonskamer			
ZIV	1034	1677	1,6
REMGELD	178	308	1,7
SUPPLEMENT	14	141	10,1

De verschillen tussen de twee kamertypes zijn vooral te verklaren door de aangerekende supplementen. Als we dit buiten beschouwing laten zien we wat de remgelden betreft voornamelijk sterke verschillen tussen ziekenhuizen bij de aanrekening van het persoonlijk aandeel in de verblijfskosten, de comfortsupplementen en de niet-vergoedbare medicatie.

Focussen we op de ZIV-terugbetaling zien we dat de grootste variatie tussen ziekenhuizen terug te vinden is in de component medisch toezicht. Voor de niet-forfaitaire tussenkomsten klinische biologie zijn er ook variaties te zien tussen de ziekenhuizen. Meer substantiële verschillen, in termen van absolute bedragen, vinden we in de prestaties voor medische beeldvorming buiten forfait. Deze worden aangerekend bij 51 % van de patiënten en kosten de verplichte verzekering gemiddeld 97 euro. Tussen de ziekenhuizen stellen we echter aanzienlijke verschillen vast met 79 euro voor p25 en 115 euro voor p75.

3.4 De (on)voorspelbaarheid van een appendectomie

Bij 1053 van de 2976 patiënten, of 64 % werd een prestatie voor dringende geneeskundige verzorging in een spoeddienst aangerekend. Deze ingrepen brachten een gemiddelde extra kost van 134 euro met zich mee. De patiënt betaalt daarvan 16 euro uit eigen zak.

De bijkomende honoraria die mogen aangerekend worden voor verstrekkingen verricht 's nachts, tijdens het weekeinde of op een feestdag worden aangerekend in 41 % van de opnames. Zo zien we dat 67 % van de ingrepen tijdens een weekdag overdag plaatsvindt, 14 % gebeurt 's nachts, 18 % tijdens het weekend en nog eens 1 % tijdens een feestdag.

Wat betreft operatieve hulp zijn er ook opvallende verschillen tussen de ziekenhuizen. Gemiddeld genomen wordt operatieve hulp aangerekend in 77 % van de ingrepen. Zoomen we in op de ziekenhuizen zien we dat 19 ziekenhuizen steeds operatieve hulp aanrekenen, 5 ziekenhuizen doen dat nooit. Dat ziekenhuizen voor de operatieve hulp ook volwaardig opgeleide chirurgen inzetten voelt vreemd aan. De vraag die gesteld kan worden is in welke mate de assistentie bij deze ingreep een medisch toegevoegde waarde heeft. In het kader van doelmatigheid lijkt het logischer dat het volstaat dat de ertoe opgeleide instrumentist de assistentie voor zijn of haar rekening neemt. Wel kan het relevant zijn in de opleiding van chirurgen om te assisteren bij een appendectomie, maar het is maar de vraag of de aanrekening operatieve hulp hiervoor gebruikt dient te worden.

4. OPPORTUNITEITEN BIJ DE FORFAITARISERING VAN HONORARIA

Zoals uit onze analyse blijkt, zijn er heel wat verschillen tussen ziekenhuizen bij de aanrekening van een appendectomie. Een forfaitarisering heeft als doel om deze verschillen weg te werken en een meer evenwichtig bedrag te voorzien voor de ingreep. Om echt te kunnen spreken over een correcte vergoeding moet men echter nog een stap verder gaan. Men zou dan moeten uitmaken wat de prijs is die een chirurg mag krijgen voor de uitvoering van een appendectomie op basis van de zwaarte van de ingreep alsook welke beeldvorming en klinische biologie men nog mag aanrekenen. Dit betekent dus een herziening van de nomenclatuur. In afwachting van die werkzaamheden kunnen wij meegaan in een voorlopige tussenoplossing die de minister in haar wetsvoorstel aangeeft: een herziening van de honoraria binnen een budget-neutrale context.

Alvorens over te gaan tot onze aanbeveling voor de forfaitaire vergoeding is het belangrijk om een zicht te hebben op de massa aan uitgaven voor een appendectomie in ons land. We laten het BFM hier buiten beschouwing, net zoals in het voorstel van de minister. Om de massa aan uitgaven te bekomen vermenigvuldigen we de uitgaven uit onze studie met 3,55.

In tabel 14 zien we dat er voor 17,9 miljoen euro aan uitgaven zijn voor een appendectomie. De ziv-terugbetaling is goed voor 13,4 miljoen euro (75%), het remgeld van de patiënt komt op 2,7 miljoen euro (15%) en de supplementen komen samen op 1,8 miljoen euro (10%). Wanneer we inzoomen op de kostprijs voor de patiënt zien we, zoals uit de gemiddelden al bleek, dat de materiaalkosten zeer hoog oplopen (72% van het remgeld). Dat is meer dan de ZIV-tussenkomst. Daarnaast zien we dat de supplementen voor de erelonen en kamers goed zijn voor 74% van alle supplementen. Met ons voorstel willen we aangeven dat de door de Minister aangekondigde hervorming van de honoraria laagvariabele zorg een opportuniteit is om deze problematiek aan te pakken en mooie dingen te doen in het voordeel van de patiënt.

Tabel 14. Uitgavenmassa voor een appendectomie naar component, 2015 (excl. BFM).

	ZIV-terugbetaling	Remgeld	Supplement	Totaal
TOTAAL	€13.413.776	2.671.561	€1.836.375	€17.921.712
Ereloon	€5.809.307	€12.827	€1.091.706	€6.913.840
Materiaal	€1.377.912	1.925.938	€16.490	€3.320.340
Forfaitaire honoraria	€2.142.799	€241.063	€1.461	€2.385.323
Toezichtshonoraria	€630.232	€14.115	€21.908	€666.255
Geneesmiddelen	€1.378.377	€-	€244.505	€1.622.881
Forfait geneesmiddelen	€152	€17.617	€-	€17.769
Kamersupplementen	€-	€-	€205.147	€205.147
Verblijfskosten	€1.881.076	€460.001	€23.102	€2.364.180
Andere supplementen	€14	€-	€194.133	€194.147
Operatieve hulp	€193.799	€-	€37.813	€231.612

Een hervorming van de honoraria bij laagvariabele ingrepen is de uitgelezen kans om komaf te maken met de ereloonssupplementen zoals ze in de huidige vorm bestaan. Of een patiënt nu op een één- of tweepersoonskamer ligt: de ingreep is exact dezelfde. Het zou dus de logica zelve zijn dat de patiënt voor de ingreep zelf dan ook exact hetzelfde bedrag dient te betalen. Als we de supplementen op de forfaitaire honoraria buiten beschouwing laten en we de kamer-en ereloonssupplementen samenvoegen dan komen we op een totaalbudget van 1.356.574 euro.

Dit budget aan supplementen kan tweevoudig aangewend worden. Een deel kan gaan naar een comfortsupplement voor de eenpersoonskamer. Deze kamerkeuze is immers de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Wij stellen voor dat een ziekenhuis hiervoor 150 euro per dag mag aanrekenen. Voor België

gaat het om ongeveer 1960 verblijven in een eenpersoonskamer met een mediane verblijfsduur van 2 dagen. Dat betekent dat er 3.920 ligdagen zijn aan 150 euro, oftewel een budget van 588.000 euro.

Het overblijvende deel, 768.574 euro kan op zijn beurt gecompenseerd worden via de verhoging van de RIZIV bijdrage van 10% voor hospitalisatieverzekeringen. Dit budget bedroeg 145.405.000 euro in 2017, een verhoging van dit budget met 0,5 procent is nodig voor de ingreep appendectomie. Concreet zou de bijdrage hiervoor moeten verhogen met 0,05 procent tot 10,05 procent. Zo verhogen we het budget van de verplichte verzekering zonder de patiënt of hospitalisatieverzekeraars in hun portefeuille te raken. De hospitalisatieverzekeraars zullen hun uitbetalingen immers sterk zien verminderen door de afschaffing van de ereloonsupplementen.

Naast de verschuiving van het budget van kamer-en ereloonsupplementen pleiten we ook voor de verwijdering van het budget operatieve hulp uit de honorariaberekening. We zien in onze studie dat er heel wat variatie voortkomt uit de aanrekening van operatieve hulp bij een appendectomie. Sommige ziekenhuizen rekenen het altijd aan, anderen nooit. De assistentie bij een appendectomie zonder complicaties kan ons inziens perfect gebeuren door een daartoe opgeleide instrumentist⁷. De hulp van een andere chirurg lijkt ons geen doelmatig gebruik van zorg. Dat assistenten voor hun opleiding deze ingreep kunnen uitvoeren, verstaan wij, maar hiervoor dienen andere budgetten aangewend te worden. Het alzo vrijgekomen budget kan aangewend worden om de patiëntenfactuur van de materialen te laten dalen.

Zoals uit onze studie blijkt ligt het patiëntaandeel in de materiaalkosten zeer hoog. Gemiddeld komt het neer op 43% van de patiëntenfactuur en voor de sociaal zwakkere groep zelfs op 60%. De patiënten met verhoogde tegemoetkoming betalen 476.954 euro aan remgeld voor de materiaalkosten. Stel dat we het vrijgekomen budget voor operatieve hulp gebruiken om de materiaalkost te laten dalen voor deze patiënten, dan wil dat zeggen dat we de massa aan remgeld met 193.799 euro kunnen verlagen tot een niveau van 283.155 euro. Voor de patiënt met recht op verhoogde tegemoetkoming betekent dit dat het remgeld op materiaal met 40% zal verlagen van 196 euro tot 116 euro.

In tweede instantie moeten we echter de vraag die we in de studie stelden hier herhalen: in welke mate kan een appendectomie gebeuren met herbruikbaar materiaal? Volgens ons kan de materiaalkost voor alle patiënten op korte termijn verlaagd worden. En ook voor de ZIV is er nog budgetverschuiving naar openstaande noden mogelijk indien men inzet op een doelmatig gebruik van materialen. Momenteel kunnen we de grootte en impact hiervan echter niet inschatten, ze worden dan ook niet meegeteld in het nu volgende voorstel.

⁷ De vergoeding van de instrumentist zit momenteel reeds inbegrepen in het honorarium van de arts.

5. VOORSTEL VOOR EVENWICHTIGE PRIJS

De forfaitarisering van het ereloon volgens de methodiek die de minister voor ogen heeft en het opheffen van de ereloonsupplementen maakt dat de mediaan van de erelonen 565 euro bedraagt, ongeacht de keuze van het kamertype. Dit komt overeen met een massa van 5.951.145 euro. Dat is 488.394 euro minder dan de budgetmassa aan erelonen in 2015. Om de oefening budget neutraal te maken dienen we de mediaan van het ereloon te verhogen met 8%. Dat betekent dus dat de som van de erelonen op 611 euro komt te liggen. Dit is een significante opwaardering van de huidige situatie.

De patiënt die kiest voor een eenpersoonskamer betaalt niet langer arbitraire en onvoorspelbare ereloonsupplementen maar een duidelijk comfortsupplement van 150 euro, of 300 euro voor een verblijf van 2 dagen. Dit budget wordt aan de ziekenhuizen uitbetaald, maar het is de bedoeling dat zij hierover afspraken maken met de artsen. Vandaag betalen de artsen afdrachten op hun erelonen aan het ziekenhuis. Het comfortsupplement kan in deze discussie mee worden opgenomen.

Door de inzet op een lagere materiaalsprijs voor de patiënten met verhoogde tegemoetkoming daalt hun eigen bijdrage voor het materiaal tot 116 euro. Dat betekent dat hun bijdrage voor een appendectomie gemiddeld 85 euro of 33% lager ligt dan voor een gewoon gerechtigde, als we de overige componenten gelijk houden voor beide groepen. Zo zien we meteen hoe groot de impact is van een daling van de prijs voor materialen op de factuur van de patiënt.

De overige delen van de factuur blijven in een eerste fase lopen volgens het huidige systeem. De variatie in de factuur zal dus niet onmiddellijk verdwijnen. Voor de ZIV-terugbetaling lag de grootste variatie in het medisch toezicht, dat verschil verdwijnt door de forfaitarisering van de honoraria. Ook het verschil tussen de ingreep 's nachts of overdag verdwijnt. Net als verschillen die tot stand kwamen door de aanrekening van operatieve hulp en medische beeldvorming buiten forfait. Voor de patiënt blijven de variaties bestaan rond de niet-vergoedbare geneesmiddelen en het aandeel in de verblijfskosten (met daarbij ook de kosten voor internet, tv, ...).

Indien we nu de budgetverdeling voorstellen aan de hand van de patiëntenfactuur dan kunnen we zien dat de patiënt minder zal moeten betalen dan voorheen. Op een eenpersoonskamer betaalde een patiënt vroeger 44% van zijn factuur zelf. Nu zal dat nog 34% zijn. De eigen bijdrage zal dalen van 919 euro tot 620 euro. Je betaalt wel nog steeds 300 euro meer dan wanneer je zou kiezen voor een tweepersoonskamer.

Tabel 15. Verandering in factuur voor een normaal gerechtigde op een eenpersoonskamer.

	Ziv-terugbetaling		Remgeld		Supplement		Totaal	
	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw
Ereloon (inclusief toezicht)	€ 565	€ 611	/	/	€ 476	/	€ 1041	€ 611
Materialen (NG)	€ 139	€ 139	€ 201	€ 201	/	/	€ 340	€ 340
Operatieve hulp	€ 23	/	/	/	23	/	€ 46	/
Kamersupplement 1-PK	/	/	/	/	€100	€ 300	€100	€ 300
Geneesmiddelen	€ 113	€ 113	/	/	€ 19	€ 19	€ 132	€ 132
Verblijfskosten	€ 162	€ 162	€ 44	€ 44	/	/	€ 206	€ 206
Andere supplementen	/	/	/	/	€ 25	€ 25	€ 25	€ 25
Forfataire honoraria	€ 187	€ 187	€ 30	€ 30	/	/	€ 217	€ 217
Forfait geneesmiddelen	/	/	€ 1	€ 1	/	/	€ 1	€ 1
Totaal	€ 1189	€ 1212	€ 276	€ 276	€ 643	€ 344	€ 2108	€ 1832

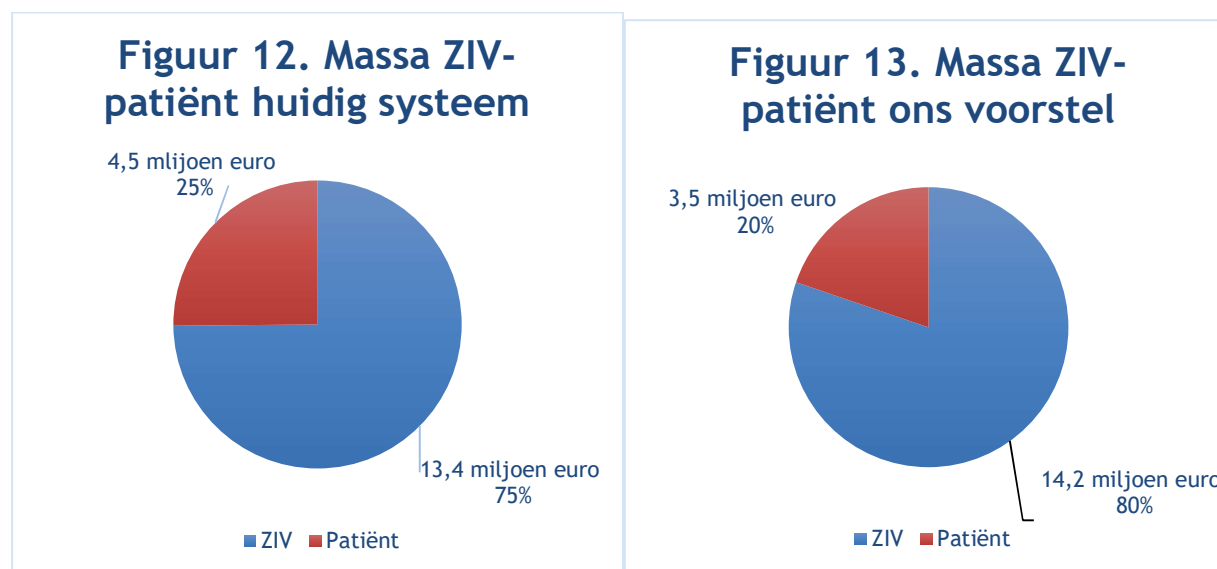
Dankzij de vermindering van de materiaalkost voor de patiënt zal iemand met verhoogde tegemoetkoming nog 11% van de factuur zelf moeten neerleggen. De factuur daalt voor de patiënt van 246 euro tot 161

euro. De ziekteverzekering neemt dus 89% van de factuur voor zijn rekening. Bij de gewoon gerechtigden gaat het om 80% van de factuur.

Tabel 16. Verandering in factuur voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming op een twee-of meerpersoonskamer

	Ziv-terugbetaling		Remgeld		Supplement		Totaal	
	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw
Ereloon (inclusief toezicht)	€ 566	€ 611	/	/	/	/	€ 566	€ 611
Materialen (NG)	€ 139	€ 224	€ 201	€ 116	/	/	€ 340	€ 340
Operatieve hulp	€ 23		/		/		€ 23	/
Geneesmiddelen	€ 119	€ 119	/	/	€ 20	€ 20	€ 139	€ 139
Verblijfskosten	€ 176	€ 176	€ 11	€ 11	/	/	€ 185	€ 185
Andere supplementen	/	/	/	/	€ 11	€ 11	€ 11	€ 11
Forfataire honoraria	€ 205	€ 205	€ 2	€ 2	/	/	€ 207	€ 207
Forfait geneesmiddelen	/	/	€ 1	€ 1	/	/	€ 1	€ 1
Totaal	€ 1228	€ 1335	€ 215	€ 130	€ 31	€ 31	€ 1474	€ 1496

Met ons voorstel hebben wij, binnen een budget neutrale context na aanpak van ondoelmatige zorg, de totale factuur van de patiënt aanzienlijk kunnen doen dalen. In 2015 bedroeg de patiëntenbijdrage voor een appendectomie in ons land 4.507.936 euro. Via ons voorstel daalt dit tot 3.545.563 euro, of met maar liefst 21%. Voor de ZIV verandert er in principe niets (het budget operatieve hulp verschuift integraal naar de materialen). We zorgen zelfs voor een budgettoename voor de overheid van 768.574 euro door een verschuiving vanuit de hospitalisatieverzekering naar de verplichte verzekering. Dit budget moet op zijn beurt terugvloeien naar de ziekenhuizen en artsen die samen kunnen beslissen welke de onvervulde noden zijn.



Door enkel in te zetten op de honoraria en kamer- en ereloon-supplementen kunnen we kostprijs van de patiënt reeds doen dalen. Dit stemt ons positief om ook de andere componenten van de factuur aan te pakken, met de materiaalkost hoog op het lijstje. Maar ook een herziening van de forfaits klinische

biologie en medische beeldvorming dringt zich op. Ons voorstel toont aan dat het loont om werk te maken van een verdere forfaitarisering van de laagvariabele ingrepen in al haar componenten.