

ERELOONSUPPLEMENTEN IN DE ZORG: VERBIEDEN, REGLEMENTEREN OF LAISSER-FAIRE?*

DOOR **PIET CALCOEN^{a,b}, WYNAND P.M.M. VAN DE VEN^a EN PIETER VERLINDEN^b**

^a Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

^b Medisch-juridische dienst, DKV Belgium

1. INLEIDING

Definities

Het aanrekenen van ereloonsupplementen is de praktijk waarbij zorgverstrekkers een aanvullende vergoeding aanrekenen boven op het tarief bepaald door de ziekteverzekering. In dat tarief kan een remgeld of eigen risico inbegrepen zijn dat door de patiënt gedragen moet worden.

In België worden de termen “ereloonsupplement” (in het Nederlands) en “supplément d’honoraires” (in het Frans) gebruikt voor een vergoeding die aangerekend wordt bovenop het officiële tarief vastgesteld door de verplichte ziekteverzekering. In Frankrijk gebruikt men de term “dépassement d’honoraires” en in Duitsland “Steigerungssatz”.

In de VS wordt de term “balance billing” gebruikt voor zorgverstrekkers die patiënten meer factureren dan wat de verzekeraar betaalt voor hun diensten. In Canada is “extra billing” de voorkeursterm.

In verschillende landen is het aanrekenen van ereloonsupplementen een controversiële kwestie. Sommige politieke partijen in België stellen voor om ereloonsupplementen te verbieden of in te perken, in het bijzonder voor intramurale zorg. Ze vrezen dat ereloonsupplementen de toegankelijkheid van medische zorg voor lagere-inkomensgroepen in gevaar brengen. In Frankrijk werd in 2012, om excessen een halt toe te roepen, het aanrekenen van ereloonsupplementen door artsen beperkt tot 250% boven op de socialezekerheidsstarieven. Ook in Canada en de VS is er discussie over de ereloonsupplementen. In Canada denken tegenstanders van ereloonsupplementen dat die het openbare gezondheidszorgsysteem zullen uithollen en leiden tot een gezondheidszorg met twee snelheden.

* De auteurs danken Paul Gross en Jozef Pacolet voor hun opmerkingen en danken eveneens de anonieme revisor.

Voordat de ziekteverzekering werd ingevoerd, pasten artsen prijsdifferentiatie toe, met het oog op de rendabiliteit van hun praktijk. Ze rekenden iedere patiënt aan wat ze dachten dat die zich kon veroorloven. Het systeem van glijdende tarieven werd gebruikt tot de algemene verspreiding van de ziekteverzekering tot een uniformisering van de tarieven leidde (Hall, M.A. en Schneider, E.G., 2008).

Dit artikel heeft een tweeledig doel. Ten eerste geven we nieuwe gedetailleerde schattingen van de ereloonsupplementen in België, o.a. het totale bedrag van de ereloonsupplementen en de opdeling tussen intramurale en ambulante zorg en tussen de verschillende zorgverstrekkers. Ten tweede bespreken we een aantal kwesties die beleidsmakers kunnen helpen een keuze te maken uit verschillende opties zoals “laisser-faire, reglementeren of verbieden”.

2. DE PRAKTIJK VAN ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIË

2.1. REGELGEVEND KADER VOOR ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIË

De wettelijke basis voor het aanrekenen van ereloonsupplementen bevindt zich in de Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die stelt dat zorgverstrekkers hun tarieven vrij kunnen bepalen. De medische deontologische code stelt dat artsen matigheid moeten betrachten bij het bepalen van hun tarieven en bereid moeten zijn hun patiënten uit te leggen waarom ze een bepaald tarief aanrekenen.

Op grond van artikel 50 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt er om de twee jaar een akkoord gesloten tussen de artsenvakbonden en de ziekenfondsen. Artsen kunnen ervoor kiezen om het akkoord te aanvaarden (“geconventioneerde artsen”), het niet te aanvaarden (“niet-geconventioneerde artsen”) of het gedeeltelijk te aanvaarden, d.w.z. enkel voor welbepaalde dagen en uren (“gedeeltelijk geconventioneerde artsen”). Gedeeltelijk conventioneren is alleen mogelijk met betrekking tot ambulante patiënten.¹ Geconventioneerde artsen krijgen een jaarlijkse pensioenbijdrage van de verplichte ziekteverzekering (4.506 EUR in 2014).

Sinds 1964 wordt in de tweejaarlijkse akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen een lijst opgenomen van situaties waarin geconventioneerde artsen vrij zijn om af te wijken van de door de verplichte ziekteverzekering vastgestelde tarieven, met name voor bijzondere eisen van de patiënt (bijv. een eenpersoonskamer in een ziekenhuis of een consultatie 's avonds laat).

(1) Voor het eerst vastgesteld in de nationale overeenkomst 2009-2010 tussen artsen en ziekenfondsen.

Volgens de overeenkomst mogen geconventioneerde artsen ook ereloonsupplementen aanrekenen voor gezinnen met een belastbaar inkomen van meer dan 66.709 EUR per jaar (bedrag voor 2014). Maar aangezien het vervelend is voor artsen om hun patiënten een bewijs te vragen van hun precieze belastbare inkomen, hebben artsen tot nu toe nog geen gebruik gemaakt van die mogelijkheid. Tandartsen kunnen niet langer van deze mogelijkheid gebruik maken, doordat ze niet langer opgenomen is in het tweejaarlijkse akkoord tussen tandartsen en ziekenfondsen.

Sinds 1 januari 2013 verbiedt de Belgische overheid het aanrekenen van ereloonsupplementen aan patiënten die ten minste één nacht in een twee- of meerpersoonskamer in een ziekenhuis verblijven.² Sinds 27 augustus 2015 zijn ereloonsupplementen ook verboden voor opnamen in een twee- of meerpersoonskamer in een dagziekenhuis.

Elk ziekenhuis moet een maximaal percentage ereloonsupplementen vaststellen dat kan worden aangerekend (een percentage van het officiële tarief vastgesteld door de verplichte ziekteverzekering). Maximale percentages voor ereloonsupplementen variëren momenteel tussen 0% en 300%. Slechts één ziekenhuis (AZ Sint-Lukas in Brugge) heeft verschillende percentages bepaald voor niet-geconventioneerde (300%) en geconventioneerde (100%) artsen. Aangezien er geen wettelijke beperking is, kunnen ziekenhuizen het maximale percentage voor ereloonsupplementen zo hoog stellen als ze willen.

Er zijn belangrijke regionale verschillen in het maximale percentage van ereloonsupplementen die worden aangerekend. In 2014 pasten algemene ziekenhuizen in Vlaanderen gemiddeld een maximaal percentage toe van 118%, algemene ziekenhuizen in Wallonië 195% en algemene ziekenhuizen in Brussel 279%.³ Binnen hetzelfde ziekenhuis kunnen er ook verschillen zijn naargelang van het specialisme. In het Sint-Augustinusziekenhuis in Antwerpen bijvoorbeeld wordt voor bepaalde specialismen zoals gynaecologie het maximale percentage toegepast dat het ziekenhuis heeft vastgesteld (200%), terwijl voor andere specialismen een maximum van 130% wordt toegepast.

(2) Verschillende artsenverenigingen tekenden beroep aan bij het Belgisch Grondwettelijk Hof tegen de afschaffing van ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers. In zijn arrest van 17 juli 2014 stelde het Hof dat de nieuwe wet het evenwicht respecteert tussen een gelijke toegang tot de gezondheidszorg en een billijk inkomen voor de artsen (waarbij de artsen volgens de nieuwe wet ereloonsupplementen mogen blijven aanrekenen in eenpersoonskamers).

(3) Berekening op basis van het maximale percentage van ereloonsupplementen zoals vermeld in het interne reglement van elk ziekenhuis.

2.1.1. Impact van ereloonsupplementen

Tot 1 juli 2014 stond op het officiële opnameformulier dat een patiënt bij opname moet tekenen, dat de patiënt geen vrije keuze had van arts wanneer hij niet bereid was ereloonsupplementen te betalen. Op het nieuwe opnameformulier, vastgelegd door het Koninklijk Besluit van 17 juni 2014, staat die bepaling niet langer vermeld. Krachtens artikel 6 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt kan een patiënt in België vrij zijn arts kiezen. Het staat artsen echter ook vrij om een behandeling te weigeren, met uitzondering van dringende zorg (Nys, H., 2001; Vansweevelt, T. en Dewallens, F., 2014). Bijgevolg is het mogelijk dat patiënten die weigeren ereloonsupplementen te betalen, niet behandeld worden door de arts van hun keuze.

2.1.2. Transparantie

In artikel 8, §2, van de Wet betreffende de rechten van de patiënt staat dat patiënten naar behoren moeten worden ingelicht over de financiële gevolgen van een medische ingreep, opdat ze hun geïnformeerde toestemming kunnen geven. Dat omvat informatie over ereloonsupplementen en informatie over de “conventioneringsstatus” van de arts (het feit of de arts zich al dan niet houdt aan de officiële tarieven bepaald door de verplichte ziekteverzekering) (Dijkhoffz, W., 2004). Het aanrekenen van ereloonsupplementen in ziekenhuizen is strikt gereguleerd. Elk ziekenhuis moet de patiënt een lijst bezorgen met de maximale ereloonsupplementen die kunnen worden aangerekend (uitgedrukt als een percentage van de officiële tarieven bepaald door de verplichte ziekteverzekering). Op het opnameformulier dat de patiënt moet tekenen, kan hij er expliciet voor kiezen dat geen ereloonsupplementen worden aangerekend.

Het aanrekenen van ereloonsupplementen bij ambulante zorg is minder gereguleerd. Artsen moeten enkel in hun wachtkamer een bericht ophangen met hun conventioneringsstatus (het feit of de arts zich al dan niet houdt aan de officiële tarieven bepaald door de verplichte ziekteverzekering). De hoogte van de ereloonsupplementen die ze aanrekenen, hoeven ze echter niet te vermelden. Onlangs heeft een nieuwe wet voor meer transparantie gezorgd, door artsen te verplichten in bepaalde omstandigheden de supplementen te specificeren op de factuur voor de patiënt (wanneer de rekening elektronisch wordt verstuurd en ook wanneer tegelijk verstrekkingen worden aangerekend die terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering en verstrekkingen die niet terugbetaald worden).⁴

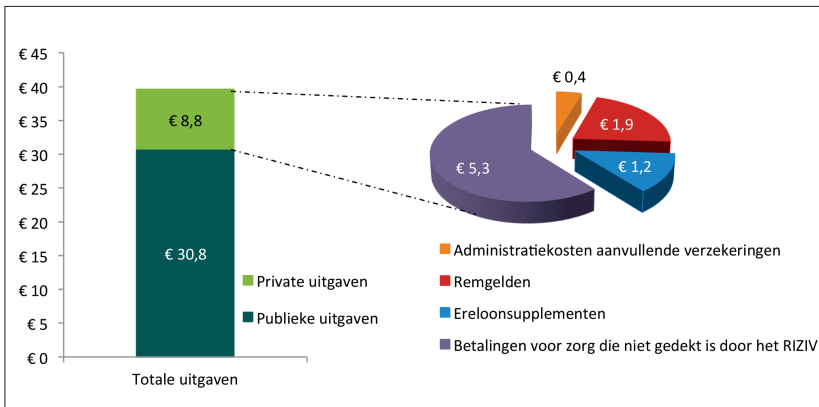
(4) Art. 22-23 Wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *B.S.*, 17 augustus 2015.

2.2. NIEUWE CIJFERS OVER DE ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIE

Op basis van gegevens van “DKV Belgium” (“Deutsche Krankenversicherung Belgium”), de marktleider voor aanvullende ziekteverzekeringen, hebben we een schatting kunnen maken van de ereloonsupplementen voor ambulante zorg (zie voetnoten 7 en 8). Tot nu toe zijn enkel voor intramurale zorg betrouwbare schattingen van de ereloonsupplementen gepubliceerd. Door bestaande schattingen voor intramurale zorg te combineren met nieuwe schattingen voor ambulante zorg, kan voor het eerst een betrouwbare schatting worden gemaakt van het totale bedrag van ereloonsupplementen dat wordt aangerekend door zorgverstrekkers.

In 2012 bedroeg het totale bedrag van de ereloonsupplementen 1,2 miljard EUR op een totaal van 8,8 miljard EUR privé-uitgaven en 39,6 miljard EUR totale uitgaven voor gezondheidszorg. Ereloonsupplementen vertegenwoordigden 14% van de totale privé-uitgaven voor gezondheidszorg, terwijl remgelden 21% vertegenwoordigden. Het grootste deel van de privé-uitgaven (65%) betrof betalingen voor zorg die niet gedekt is door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (zie afbeelding 1).

GRAFIEK 1: PRIVE-UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG IN BELGIE IN 2012 (MILJARD EUR) (OESO HEALTH STATISTICS 2015, EIGEN BEREKENINGEN VAN DE AUTEURS; BRONNEN: CHRISTELIJKE MUTUALITEIT, DKV BELGIUM, RIZIV)⁵



De voorbije jaren lag de focus op de ereloonsupplementen voor intramurale zorg. Ongeveer 75% van alle Belgen heeft een aanvullende ziekteverzekering voor ziekenhuiskosten. Minder dan 5% heeft een aanvullende dekking voor ambulante zorg.

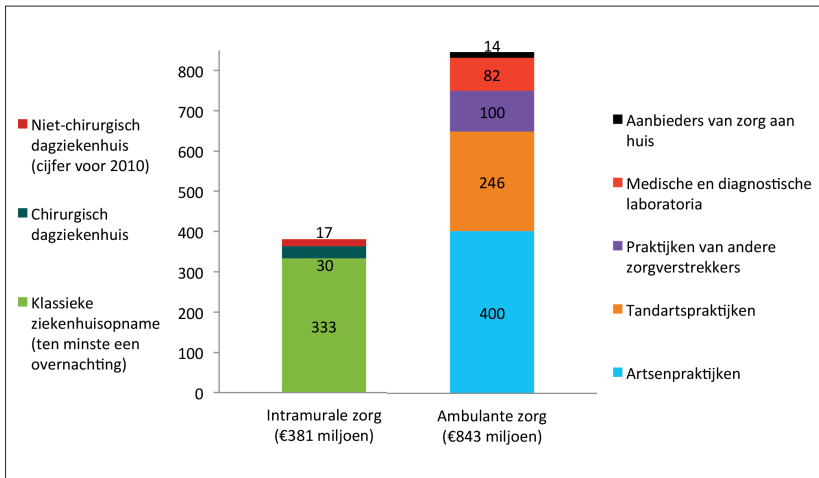
(5) De vermelde bedragen zijn schattingen, na extrapolatie van gegevens van respectievelijk de Christelijke Mutualiteit voor intramurale zorg en DKV Belgium voor ambulante zorg.

Op grafiek 2 is te zien dat het totale bedrag van ereloonsupplementen die aangerekend werden in België in 2012 geschat wordt op 1,2 miljard EUR, waarbij intramurale zorg telt voor 31% van dat totale bedrag en ambulante zorg voor 69%.

Artsen en tandartsen zijn verantwoordelijk voor het merendeel van de ereloonsupplementen voor ambulante zorg. Tandheelkunde is bijzonder goed vertegenwoordigd. Voor bepaalde soorten tandheelkundige zorg is het officiële tarief dat vastgesteld is door de basisziekteverzekering vrij laag, waardoor aanzienlijke bijkomende vergoedingen aangerekend worden (bijv. orthodontie en parodontologie). Tandartsen passen vaak nieuwe technieken toe, waarvan de bijkomende kost niet altijd snel terugbetaald wordt door de basisziekteverzekering. Die nieuwe technieken kunnen worden gefinancierd met ereloonsupplementen. Vandaag heeft minder dan 5% van alle Belgen een aanvullende verzekering tandzorg. Verwacht wordt dat het aantal verzekerden zal stijgen, doordat verscheidene ziekenfondsen onlangs begonnen zijn aanvullende verzekeringsproducten voor tandzorg aan te bieden.

De meeste ereloonsupplementen van de categorie “praktijken van andere zorgverstrekkers” worden aangerekend door kinesitherapeuten. “Medische en diagnostische laboratoria” omvatten centra voor medische beeldvorming en klinische biologie. Aanbieders van zorg aan huis rekenen slechts zelden ereloonsupplementen aan.

GRAFIEK 2: ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIË IN 2012 (MILJOEN EUR) (EIGEN BEREKENINGEN VAN DE AUTEURS; BRONNEN: CHRISTELIJKE MUTUALITEIT⁶, DKV BELGIUM^{7,8}, RIZIV)



(6) Voor de schatting van de ereloon­supplementen die aangerekend worden voor intramurale zorg, hebben we gebruik gemaakt van de jaarlijkse studie over ziekenhuisrekeningen van de Christelijke Mutualiteit. In 2012 was 41,6% van de Belgische bevolking aangesloten bij de Christelijke Mutualiteit (bron: RIZIV). CM, Barometer van de ziekenhuisfactuur, 7 november 2013 (cijfers voor 2012) (http://www.cm.be/binaries/CM-255-NL-9deCM-barometer_tcm375-137079.pdf, geraadpleegd op 5 oktober 2015).

(7) Voor de schatting van de ereloon­supplementen die aangerekend worden voor ambulante zorg, hebben we gegevens kunnen gebruiken van DKV Belgium, de marktleider in aanvullende ziekteverzekeringen, waarbij in 2012 16,4% van de Belgische bevolking aangesloten was. Ongeveer 20% van wat DKV Belgium terugbetaalt, heeft betrekking op ambulante zorg: verzekerden die een volledige dekking hebben voor ambulante zorg, en verzekerden die een dekking hebben voor kosten voor en na de ziekenhuisopname. We hebben informatie gebruikt van 1.432.429 verstrekkingen voor ambulante zorg die in 2012, 2013 en 2014 werden overgemaakt aan DKV Belgium (waaronder 921.000 verstrekkingen van artsen, 118.000 van tandartsen en 189.000 van kinesitherapeuten). Ereloon­supplementen berekenden we als een percentage van de som van de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering en de remgelden. Om tot schattingen te komen van de totale bedragen van de ereloon­supplementen, hebben we die percentages vermenigvuldigd met de som van de totale terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering en de remgelden. De ereloon­supplementpercentages vertegenwoordigen een gewogen gemiddelde van een bepaalde (sub)sector. Elk (sub)specialisme heeft een ereloon­supplement­percentage. Voor de berekening van het gemiddelde van een groep van (sub)specialismen is rekening gehouden met het gewicht van elk (sub)specialisme.

Voor de ambulante zorg werd de OESO-classificatie voor “Health Providers” gevolgd.

(8) We zijn ons ervan bewust dat de gegevens van DKV Belgium een vertekend beeld kunnen geven. Personen die een aanvullende ziekteverzekering afsluiten, zijn misschien minder prijsbewust en zorgverstrekkers die weten dat een patiënt een aanvullende verzekering heeft, rekenen misschien hogere prijzen aan. Aanvullende dekkingen voor ambulante zorg zijn evenwel niet wijdverspreid in België (minder dan 5% van de bevolking). Aanbieders van ambulante zorg gaan er over het algemeen niet van uit dat de patiënt beschikt over een aanvullende dekking voor ambulante zorg. We nemen aan dat de opwaartse druk van aanvullende ziekteverzekeringen op ereloon­supplementen beperkt is wat ambulante zorg betreft. Hoe dan ook moeten de ereloon­supplementpercentages voor ambulante gezondheidszorg die hier worden voorgesteld, beschouwd worden als bovengrenzen. Het echte bedrag van de ereloon­supplementen kan iets lager zijn.

Tabel 1 geeft een overzicht van de ereloonsupplementen uitgedrukt als een percentage van de officiële tarieven, met inbegrip van de remgelden.

In ziekenhuizen vertegenwoordigen de ereloonsupplementen 11,4% van de officiële tarieven. In de ambulante zorg is dat percentage 9,2% (5,8% voor huisartsen en 14,8% voor specialisten).

Tandartsen rekenen aanzienlijke ereloonsupplementen aan voor orthodontische behandelingen (143,7%), omdat de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering voor dat soort behandelingen beperkt is.

TABEL 1: ERELOONSUPPLEMENTEN UITGEDRUKT ALS EEN PERCENTAGE VAN DE OFFICIELE TARIEVEN, MET INBEGRIJ VAN DE REMGELDEN (BELGIE, 2012) (EIGEN BEREKENINGEN VAN DE AUTEURS; BRONNEN: CM, DKV BELGIUM EN RIZIV)⁹

INTRAMURALE ZORG			
Artsen die in ziekenhuizen werken			11,4%
AMBULANTE ZORG			
Artsenpraktijken	9,2%	Tandartspraktijken	24,5%
1. Gynaecologie	6,9%	1. Conservatieve behandelingen	11,8%
2. Chirurgie	19,4%	2. Prothetische behandelingen	46,9%
3. Technische geneeskundige verstrekkingen	4,6%	3. Orthodontische behandelingen	143,7%
4. Raadplegingen en bezoeken	8,9%	4. Parodontale behandelingen	27,1%
- Huisartsen	5,8%	Praktijken van andere zorgverstrekkers	6,6%
Bezoeken	1,6%	1. Logopedisten	0,9%
Raadplegingen	9,0%	2. Bandagisten	28,3%
- Specialisten (raadplegingen)	14,8%	3. Kinesitherapeuten	5,6%
Cardiologen	9,2%	4. Aanbieders van orthopedisch materiaal	15,7%
Dermatologen	16,1%	5. Vroedvrouwen	19,3%
Geriaters	9,4%	Medische en diagnostische laboratoria	4,4%
Specialisten interne geneeskunde	4,7%	1. Klinische biologie	1,6%
Neurologen, psychiaters en neuropsychiaters	7,8%	2. Medische beeldvorming	6,1%
Oncologen en hematologen	4,4%	Aanbieders van zorg aan huis	0,8%
Pedieters	9,6%	1. Verpleegkundigen	0,8%
Andere medische specialisten	21,0%		

(9) De privé-uitgaven voor ziekenhuiskosten vertegenwoordigen 8,5% van de totale uitgaven voor ziekenhuiskosten. De ereloonsupplementen vertegenwoordigen 35,6% van alle privé-uitgaven voor ziekenhuiskosten.

3. BELEIDSKWESTIES IN VERBAND MET ERELOONSUPPLEMENTEN

3.1. AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING

Het merendeel van de ereloonsupplementen in Belgische ziekenhuizen wordt gedekt door de aanvullende ziekteverzekeringen. Ongeveer 75% van de Belgen heeft een aanvullende dekking voor ziekenhuiskosten. Er wordt gezegd dat, door dat hoge percentage, aanvullende hospitalisatieverzekeringen een inflatoir effect hebben op ereloonsupplementen. Personen die een aanvullende ziekteverzekering afsluiten, zijn misschien minder prijsbewust en zorgverstrekkers die weten dat een patiënt een aanvullende verzekering heeft, rekenen misschien hogere prijzen aan. Er is alleszins een wisselwerking tussen ereloonsupplementen en aanvullende ziekteverzekeringen, aangezien de eerste aanvullende ziekteverzekering, die privékosten voor hospitalisatie dekte, in België op de markt kwam in 1964, hetzelfde jaar waarin de verplichte ziekteverzekering werd geïntroduceerd, en de mogelijkheid werd gecreëerd om ereloonsupplementen aan te rekenen.

Hoewel 69% van alle ereloonsupplementen in België aangerekend wordt voor ambulante zorg, is een aanvullende verzekering voor ambulante kosten opmerkelijk genoeg maar door minder dan 5% van de Belgen afgesloten. Doordat een aanvullende dekking voor ambulante zorg niet wijdverspreid is in België, gaan aanbieders van ambulante zorg er over het algemeen niet van uit dat de klant een aanvullende dekking voor ambulante zorg heeft. Daarom gaan we er voor ambulante zorg van uit dat de opwaartse druk van de aanvullende ziekteverzekeringen op ereloonsupplementen beperkt is.

Aanbieders van aanvullende ziekteverzekeringen kunnen proberen de opwaartse druk op ereloonsupplementen te verminderen door een aantal maatregelen zoals eigen risico, remgeld en onderhandelingen met zorgverstrekkers.

In België is er geen belastingaftrek voor premies voor aanvullende ziekteverzekeringen. Noch voor individuele contracten noch voor groepscontracten zijn er fiscale stimuleringsmaatregelen.

3.2. PATIENTEN MET FINANCIËLE PROBLEMEN

In de Belgische gezondheidsenquête van 2013 geeft 26% van de gezinnen aan dat privé-uitgaven voor gezondheidszorg (erg) moeilijk te dragen zijn (32% als de referentiepersoon ouder is dan 75). In 2013 moest 8% van de Belgische gezinnen medische zorg uitstellen om financiële redenen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Gezondheidsenquête 2013, 2015).

Schuld ten gevolge van privékosten voor gezondheidszorg en schuld ten gevolge van energiekosten worden bij de belangrijkste risicofactoren gerekend om in België in de armoede terecht te komen (Vranken, J., Campaert, G., Dierckx, D. en Van Haarlem, A., 2009).

De overheid heeft een aantal specifieke maatregelen ingevoerd om de toegankelijkheid tot de zorg te verbeteren voor personen met een hoog risico en een laag inkomen, zoals preferentiële terugbetaling voor groepen met een laag inkomen (“verhoogde tegemoetkoming”) en jaarlijkse subsidies voor chronische patiënten (bijv. incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevenden). In 2001 werd het systeem van de maximumfactuur (MAF) ingevoerd. Die maatregel verbeterde de in 1994 ingevoerde sociale en fiscale franchise voor bepaalde kwetsbare categorieën, door het stelsel uit te breiden tot alle gezinnen en andere soorten kosten. De MAF zorgt ervoor dat elk gezin een jaarlijks uitgavenmaximum heeft, in overeenstemming met het netto-gezinsinkomen, voor alle “noodzakelijke uitgaven voor gezondheidszorg” (Corens, D., 2007). Van zodra de kosten het vooropgestelde plafond bereiken, worden alle verdere zorgkosten de rest van het jaar volledig gedragen door het ziekenfonds. Voor de berekening van de MAF wordt wel enkel rekening gehouden met zorg die wordt terugbetaald door de basisziekteverzekering. Ereloonsupplementen en de kosten voor een eenpersoonskamer in een ziekenhuis vallen niet onder het MAF-systeem, net als supplementen voor medisch materiaal dat niet terugbetaald wordt door de verplichte ziekteverzekering.

Patiënten die geen aanvullende ziekteverzekering hebben, moeten de ereloonsupplementen zelf betalen. Ongeveer 25% van de Belgen heeft geen aanvullende ziekteverzekering, een deel van hen omdat ze over voldoende financiële middelen beschikken om zelf hun kosten te dragen. Een grote groep is wellicht te oud, te ziek of te arm (of een combinatie daarvan) om een aanvullende dekking te kunnen kopen.

3.3. INTRAMURALE VERSUS AMBULANTE ZORG

Terwijl in Frankrijk de aanvullende ziekteverzekering een brede dekking biedt voor zowel intramurale als ambulante kosten, is die in België alleen gericht op intramurale kosten (“hospitalisatieverzekering”). Minder dan 5% van de Belgen heeft een volledige aanvullende dekking voor ambulante kosten. Aangezien 69% van alle ereloonsupplementen in België aangerekend wordt voor ambulante zorg, bestaat het gevaar dat ereloonsupplementen voor ambulante zorg in bepaalde omstandigheden een financiële drempel vormen voor lage-inkomensgroepen.

Een verdere beperking van ereloonsupplementen in ziekenhuizen kan leiden tot een compenserende verhoging van ereloonsupplementen voor ambulante zorg. Artsen kunnen ook beslissen bepaalde procedures voortaan ambulant uit te voeren. Tot nu toe zijn supplementen voor ambulante zorg nog maar weinig gereguleerd.

3.4. VERHOOGING VAN SOCIALEZEKERHEIDSTARIEVEN EN ERELOONSUPPLEMENTEN

Een ereloonsupplement is een vergoeding die wordt gevraagd boven op het socialezekerheidstarief en die wordt uitgedrukt als een percentage van dat tarief. Wanneer het tarief wordt verhoogd, volgt het ereloonsupplement automatisch. Als een tarief bijvoorbeeld wordt verhoogd van 1.000 naar 1.200 EUR, stijgt een ereloonsupplement van 200% van 2.000 naar 2.400 EUR. Soms wordt aangevoerd dat de socialezekerheidstarieven in 1964, bij de start van het huidige Belgische ziekteverzekeringssysteem, vrij laag waren en artsen supplementen konden aanrekenen aan patiënten die het zich konden veroorloven meer te betalen. Daarom beschouwen sommigen supplementen als onderdeel van de normale artsenvergoeding en socialezekerheidstarieven als de artsenvergoeding voor sociaal achtergestelde patiënten (Van de Voorde, C. et al.). Dat argument moet natuurlijk herbekeken worden als de socialezekerheidstarieven stijgen en de volle prijs vertegenwoordigen.

In 2013-2015 hebben verscheidene ziekenhuizen in de streek van Namen hun maximale ereloonsupplementpercentage verhoogd van 100% tot 200%.¹⁰ Die verhogingen zijn mogelijk ingegeven door de wens om zich op een lijn te stellen met de ziekenhuizen in de rest van Wallonië, maar ze dragen natuurlijk niet bij aan de financiële duurzaamheid van het systeem van ereloonsupplementen.

3.5. HERVORMING VAN DE FINANCIERING VAN ZIEKENHUIZEN

De Belgische federale regering heeft beslist dat het financieringssysteem voor ziekenhuizen hervormd moet worden. Op 26 september 2014 heeft het Belgisch Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een uitgebreid rapport gepubliceerd over de hervorming (Van de Voorde, C. et al.). Voor dat rapport heeft het Kenniscentrum intensief overlegd met alle stakeholders.

Sommigen stakeholders stellen dat de supplementen de laatste jaren al sterk beperkt werden. Volgens hen zou een verdere reglementering leiden tot een verschuiving van ziekenhuizen naar privépraktijken, wat zou resulteren in een gezondheidszorgsysteem met twee snelheden. Een andere groep stakeholders vreest dat de ereloonsupplementen in eenpersoonskamers nog zullen stijgen. Ze stellen voor om de ereloonsupplementen verder te beperken. Sommige stakeholders stellen voor om helemaal te stoppen met het aanrekenen van ereloonsupplementen. Anderen willen de ereloonsupplementen beperken tot een maximaal percentage.

Sommige stakeholders vinden het aanrekenen van ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers in ziekenhuizen een vreemd, onaanvaardbaar systeem, aangezien verschillende prijzen aangerekend worden voor dezelfde zorg.

(10) Bijvoorbeeld Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse, Clinique Maternité Sainte Elisabeth, Clinique Saint Luc en Centre Hospitalier Universitaire Dinant Godinne.

De conclusie van het rapport is dat de stakeholders erg verschillende meningen hebben over de verdere beperking van ereloonsupplementen. Voor het ogenblik lijkt een hervorming van het systeem van ereloonsupplementen niet haalbaar.

3.6. INKOMEN VAN ZORGVERSTREKKERS

Voor bepaalde groepen zelfstandige artsen in België en Frankrijk die intramurale zorg aanbieden, maken ereloonsupplementen een aanzienlijk deel uit van hun inkomen (cf. tabel 2). Ereloonsupplementen vertegenwoordigen respectievelijk 35% en 32% van het totale inkomen van Belgische en Franse chirurgen. In de ambulante zorg in België maken ereloonsupplementen 9,2% uit van het totale inkomen van de artsen.

TABEL 2: AANDEEL VAN ERELOONSUPPLEMENTEN IN HET INKOMEN VAN ZELFSTANDIGE ZIEKENHUISARTSEN IN FRANKRIJK EN BELGIE IN 2010 (DREES 2012 [FR] EN SWARTENBROEKX, N., OBYN, C., GUILLAUME, P., LONA, M. EN CLEEMPUT, I. [BE])

	Frankrijk	België
Specialisme	% van bruto-inkomen	% van bruto-inkomen
Stomatologie	45,6%	15,9%
Chirurgie	31,9%	34,7%
Gynaecologie	29,5%	34,9%
Oftalmologie	25,3%	10,1%
Otorinolaryngologie	20,8%	12,3%
Anesthesie	16,7%	31,5%
Pediatrie	16,7%	21,1%
Psychiatrie	16,6%	4,2%
Gastro-enterologie	11,6%	11,5%
Radiologie	4,0%	13,4%
Cardiologie	4,0%	15,0%
Pneumologie	4,0%	5,8%

In Nederland werd prijsdiscriminatie bij wet verboden in de jaren negentig. Voordien werden in ziekenhuizen verschillende tarieven aangerekend voor leden van een ziekenfonds enerzijds en particulier verzekerden anderzijds. In de jaren zestig kon de vergoeding voor een intramurale behandeling door een medisch specialist voor een "eerste klasse" privépatiënt in een eenpersoonskamer tien keer zo hoog zijn als de

vergoeding voor dezelfde behandeling voor een “derdeklasse” ziekenfondspatiënt die op de ziekenhuiszaal verbleef. Na tientallen jaren reglementering van de vergoedingen door de Nederlandse overheid werd het verschil tussen de vergoedingen geleidelijk tot nul herleid, zonder dat het inkomen van medisch specialisten aanzienlijk verminderde. In 2012 verdienden Nederlandse medisch specialisten meer dan hun collega's in de buurlanden België, Denemarken en Duitsland (Kok, L., Lammers, M. en Tempelman, C., 2012).

3.7. INKOMSTEN VOOR ZIEKENHUIZEN

In België halen de ziekenhuizen ook voordeel uit ereloonsupplementen. In de meeste ziekenhuizen moeten de artsen een bepaald percentage van de ereloonsupplementen die ze ontvangen, afstaan aan het ziekenhuis voor de financiering van de overheadkosten. Zo zijn er ziekenhuizen die de voorbije jaren het maximale ereloonsupplementpercentage hebben opgetrokken van 100 tot 150% van de officiële tarieven om geld te genereren voor de bouw van nieuwe ziekenhuisvoorzieningen.

Echter, zelfstandige artsen dragen aan de overheadkosten van het ziekenhuis meer bij met inkomsten van de verplichte ziekteverzekering dan met inkomsten van ereloonsupplementen. In 2010 droegen artsen in totaal 41% van hun totale inkomsten van de verplichte ziekteverzekering af aan de ziekenhuizen (Belfius, 2011). Afdrachten van ereloonsupplementen vormen een wisselend maar aanzienlijk lager percentage. Terwijl bijvoorbeeld 31% van de inkomsten van gynaecologen uit de verplichte ziekteverzekering afgedragen wordt aan het ziekenhuis, gaat maar 15% van hun inkomsten uit ereloonsupplementen naar het ziekenhuis (Swartenbroeckx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M. en Cleemput, I.).

Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen legt op zijn website uit wat er gebeurt met de opbrengsten van de ereloonsupplementen. Ereloonsupplementen zijn geen bron van inkomsten voor artsen die in Belgische universitaire ziekenhuizen werken, want die artsen werken niet als zelfstandige, maar krijgen een vast salaris. Opbrengsten van ereloonsupplementen worden gebruikt om “nieuwe medische technologieën te financieren die nog niet door de overheid worden terugbetaald, de begroting van het ziekenhuis in evenwicht te houden en er vakliteratuur, bijscholingen in het buitenland en speciale apparaten voor de artsen mee te betalen” (UZA).

3.8. COMPETITIE TUSSEN ZIEKENHUIZEN EN ARTSEN

Als een ziekenhuis een arts met een topreputatie wil aantrekken, is de mogelijkheid om aanzienlijke ereloonsupplementen aan te rekenen een belangrijke troef om de arts te overtuigen van ziekenhuis te veranderen. Bijgevolg evolueren de ereloonsupplementpercentages binnen dezelfde streek of stad meestal naar hetzelfde niveau.

De meeste ziekenhuizen in Brussel passen een maximaal percentage toe van 300% van de officiële tarieven. De laatste jaren hebben alle ziekenhuizen in Antwerpen het maximale ereloonsupplementpercentage opgetrokken tot 200%.

Echter, dat mechanisme heeft een inflatoir effect op de ereloonsupplementen en op de premies van aanvullende ziekteverzekeringen die de ereloonsupplementen dekken. Een ander probleem is dat in de meeste gevallen het ereloonsupplement aangerekend wordt door het ziekenhuis en niet door de arts, waardoor er geen ruimte is voor beoordeling door de arts en de ziekenhuizen bijna altijd, voor iedere patiënt, het maximale percentage aanrekenen.

3.9. EXTRA COMFORT VOOR DE PATIENT

Patiënten die extra willen betalen, kunnen op geschikte uren op consultatie komen en krijgen een eenpersoonskamer in het ziekenhuis. In België bijvoorbeeld kan een huisarts ereloonsupplementen vragen voor bijzondere eisen van de patiënt zoals huisbezoeken 's nachts of tijdens het weekend wanneer de arts niet van wacht is, of consultaties na negen uur 's avonds of tijdens het weekend, op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Echter, kan een eenpersoonskamer in een ziekenhuis echter nog als luxe worden beschouwd in een tijd waar in de rest van de economie eenpersoonskamers de norm geworden zijn? Stel je voor dat de receptionist in een hotel zou vragen of je een eenpersoonskamer wil of een kamer die je moet delen met iemand die je niet kent. Het is begrijpelijk dat een patiënt extra moet betalen aan het ziekenhuis voor de luxe van een eenpersoonskamer, maar het is moeilijker te begrijpen waarom hij extra moet betalen aan de arts omdat hij in een eenpersoonskamer verblijft.

3.10. WACHTTIJD

Aangezien zorgverstrekkers hun inkomen kunnen verhogen door ereloonsupplementen aan te rekenen, kunnen ze geneigd zijn extra consultatie- of operatietijd te voorzien. Dat kan leiden tot het vermijden of verkleinen van wachtlijsten.

In Duitsland zijn patiënten gedekt door of de wettelijke ziekteverzekering (wzv) of een privéziekteverzekering (pzv). Doordat artsen voor patiënten met een pzv een terugbetaling krijgen die 20-35% hoger is, zouden patiënten met een wzv kunnen worden geconfronteerd met langere wachttijden voor afspraken voor ambulante zorg. Lungen, M. et al. hebben aangetoond dat patiënten met een wzv moeten rekenen op een wachttijd voor een afspraak die 3,08 keer langer is dan die voor patiënten met een pzv (Lungen, M. et al., 2008). Andere studies bevestigen hun bevindingen (Roll, K., Stargardt, T. en Schreyögg, J., 2012; Farnworth, M.G., 2003). Landen die te maken krijgen met wachtlijsten, hebben een hele reeks maatregelen ontwikkeld om dat probleem op te lossen. In Spanje hebben bonussen voor specialisten die erin

slaagden de wachttijden te verkorten (ter waarde van twee tot drie procent van hun salaris) misschien bijgedragen aan de gestage verkorting van de wachttijden (Siciliani, L. en Hurst, J., 2005). In Nederland zijn ereloon-supplementen verboden.¹¹ De Nederlandse regelgevende autoriteit heeft wel bepaald dat het in de toekomst eventueel mogelijk zou kunnen worden dat een tussenpersoon een zorgverstrekker extra betaalt om vlugger behandeld te worden, zolang andere patiënten niet achteruit geschoven worden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2009).

3.11. TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

In de gezondheidszorg wordt dikwijls de term “rechtvaardigheid” (“equity”) gebruikt in de betekenis dat iedereen toegang moet hebben tot gezondheidszorg op basis van zijn behoefte en niet op basis van zijn financiële draagkracht (Richards, M., 2008). Volgens Weale en Clark betekent het rechtvaardigheidsprincipe dat iedereen toegang moet hebben tot kwalitatieve, noodzakelijke zorg zonder financiële drempels (Weale, A. en Clark, S., 2009).

Soms is nieuwe medische technologie alleen beschikbaar voor patiënten die ereloon-supplementen kunnen en willen betalen. Sommige tandartsen gebruiken nieuwe technieken, waarvan de bijkomende kost niet altijd snel terugbetaald wordt door de basisziekteverzekering. Voor die nieuwe technieken kunnen ze ereloon-supplementen vragen. Patiënten die de betreffende ereloon-supplementen niet kunnen betalen, hebben mogelijk geen toegang tot de nieuwe tandheelkundige materialen die gebruikt worden.

3.12. TOEGANG TOT TIJDROVENDE EN/OF COMPLEXE PROCEDURES

Soms voldoet het officiële tarief, vastgesteld door de ziekteverzekering, niet aan de verwachtingen van de artsen. Als artsen vinden dat de vergoeding voor een bepaalde verstrekking te laag is, kunnen ze ervan afzien die verstrekking uit te voeren. Bijgevolg kunnen wachtlijsten ontstaan, of de artsen kunnen beter vergoede alternatieven voorstellen aan de patiënt. Als er twee verschillende procedures bestaan voor de behandeling van hetzelfde medische probleem, enerzijds een tijdrovende en complexe procedure (“gouden standaard”) en anderzijds een gemakkelijkere, snellere procedure, zullen artsen misschien voor de tweede kiezen als ze vinden dat de terugbetaling voor de tijdrovende en complexe procedure (te) laag is. Twee voorbeelden hieronder.

Autologe reconstructie van de borst na amputatie wegens borstkanker, een DIEP-flap-reconstructie, wordt momenteel door de verplichte ziekteverzekering terugbetaald aan een tarief van 1.527 EUR. Een DIEP-flapreconstructie is een soort borstrecon-

(11) Cf. art. 35, lid 1 Mededingingswet.

structie waarbij bloedvaten genaamd “deep inferior epigastric perforators” (DIEP) en de huid en het vet die eraan verbonden zijn verwijderd worden uit het lagere abdomen en getransplanteerde worden naar de borstkas om een borst te reconstrueren na een mastectomie (Blondeel, P.N., 1999). Een recente studie van Damen (Damen, T.H.C., Wei, W., Mureau, M.A.M., Tjong-Joe-Wai, R., Hofer, S.O.P., Essink-Bot, M.L., Hovius, S.E.R. en Polinder, S., 2011) toonde aan dat in Nederland de totale kost voor een DIEP-flapreconstructie aan één zijde 12.848 EUR was, waarbij de heelkundige kosten opliepen tot 6.346 EUR. Aangezien Belgische en Nederlandse prijzen voor gezondheidsdiensten over het algemeen niet ver uiteenlopen, is er mogelijk een aanzienlijke kloof in België tussen de vergoeding die werd bepaald door de ziekteverzekering, en de echte kost van de DIEP-flapreconstructie, een procedure van meer dan zes uur met meerdere chirurgen. Over het algemeen rekenen plastische chirurgen een aanvullende vergoeding van 200% of 300% om de kloof te dichten. Die ereloon-supplementen worden normaal gezien terugbetaald door de aanvullende ziekteverzekering. Ongeveer 75% van de Belgen heeft een aanvullende dekking voor ziekenhuiskosten. Toegang tot een DIEP-flapreconstructie kan financieel moeilijk zijn voor patiënten die geen dergelijke dekking hebben.

Mohs-chirurgie wordt gebruikt om huidkanker te behandelen. Tijdens de ingreep onderzoekt de patholoog na iedere verwijdering van weefsel, terwijl de patiënt wacht, het weefsel op kankercellen en op basis van dat onderzoek weet de chirurg waar hij nog weefsel moet verwijderen. Mohs-chirurgie is de behandeling bij uitstek voor bepaalde soorten huidkanker omwille van de hoge genezingspercentages en het maximale behoud van de huid (Gloster, H.M., Harris, K.R. en Roenigk, R.K., 1996). Analyse van de bestaande literatuur over Mohs-chirurgie in vergelijking met een brede chirurgische excisie bevestigt dat Mohs-chirurgie een kosteneffectieve behandeling is. Ze kost uiteindelijk minder dan een brede chirurgische excisie, waarbij dikwijls een vergoeding voor een ambulante chirurgische voorziening en een herexcisieprocedure nodig zijn (Tierney, E.P. en Hanke, C.W., 2009). In België bedraagt de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering van chirurgie voor de behandeling van huidkanker 441 EUR (2014). Ereloon-supplementen, bijv. 100% of 200%, spelen een belangrijke rol als stimulans voor huidartsen om effectief te kiezen voor de tijdrovende Mohs-chirurgieprocedure in plaats van voor de eenmalige brede chirurgische excisie.

Borstreconstructie na borstkanker kan ofwel met eigen weefsel ofwel met een borst-implantaat worden uitgevoerd. Aangezien terugbetaling van een borstreconstructie met eigen weefsel door de basisziekteverzekering in België vrij beperkt is, in tegenstelling tot een reconstructie met een implantaat, is het waarschijnlijker dat voor een borstreconstructie met een implantaat gekozen zal worden als er geen ereloon-supplementen kunnen worden aangerekend. Hetzelfde geldt voor Mohs-chirurgie voor de behandeling van huidkanker. Indien er geen ereloon-supplementen betaald

worden, zal de chirurg (en zal het ziekenhuis) misschien kiezen voor een eenmalige brede chirurgische excisie in plaats van de tijdrovende stap-voor-stapaanpak van Mohs-chirurgie. De scheidslijn tussen wie toegang heeft tot (nieuwe) tijdrovende en complexe medische procedures die worden betaald met ereloon-supplementen, en wie er geen toegang toe heeft, loopt ongeveer gelijk met de scheidslijn tussen wie een aanvullende verzekering heeft en wie niet.

3.13. KWALITEIT VAN ZORG

In een theoretische studie hebben Glazer en McGuire (Glazer, J. en McGuire, T., 1993) aangetoond dat beperkingen op ereloon-supplementen een prijs hebben, aangezien de kwaliteit van de diensten die dokters leveren, erdoor kan verminderen. Een arts kan twee dingen aanpassen om zijn winst te maximaliseren: de prijs voor de betalende patiënten (zij die extra willen betalen) of de kwaliteit voor de patiënten die enkel de wettelijke vergoeding betalen (zij die niet extra willen betalen). Het evenwicht tussen kwaliteit en prijs dat door artsen wordt gekozen, hangt af van het tariefniveau dat is bepaald door de toezichthouder. Als de vergoeding erg laag is, zullen geen patiënten aanvaard worden voor de wettelijke vergoeding alleen. Als de vergoeding erg hoog is, zullen geen extra vergoedingen aan de patiënten gevraagd worden. Wanneer de vergoeding ligt tussen de minimale vergoeding die nodig is om artsen ertoe te brengen patiënten aan te nemen die enkel de wettelijke vergoeding betalen, en de optimale vergoeding, die hoog genoeg is om ervoor te zorgen dat patiënten niet extra gefactureerd wordt, dan worden sommige patiënten bediend tegen de wettelijke vergoeding, maar de kwaliteit die ze krijgen is minder dan of gelijk aan de kwaliteit voor de patiënten die extra betalen. Glazer en McGuire stellen dat het kwaliteitsniveau hoger ligt zowel voor patiënten die een aanvullende vergoeding betalen, als voor hen die dat niet doen, wanneer prijsdifferentiatie toegestaan is. De reden daarvoor is dat bij een verbod op prijsdifferentiatie artsen enkel meer winst kunnen maken door de kwaliteit aan te passen. Dat doen ze door de kwaliteit te verminderen, zodat ze kosten besparen.

Kifmann en Scheuer pasten de bevindingen van Glazer en McGuire toe op Medicare in de VS. Ze onderzochten de gevolgen van “balance billing”, d.w.z. dat artsen een vergoeding kunnen vragen boven op de vergoeding die door Medicare betaald wordt. In tegenstelling tot Glazer en McGuire kwamen ze niet tot de conclusie dat het toestaan van “balance billing” over het algemeen beter is, omdat artsen “balance billing” gebruiken om hun winsten te verhogen (Kifmann, M. en Scheuer, F., 2011).

McKnight heeft een empirische studie uitgevoerd over de gevolgen van het beperken van ereloon-supplementen door Medicare in de late jaren tachtig en vroege jaren negentig. Ze ontdekte dat die beperkingen de zelf te betalen medische uitgaven van Medicare-begunstigden verminderden met 9%. Met uitzondering van een aan-

zienlijke daling van het aantal opvolgingstelefoontjes, werd in haar studie weinig bewijs gevonden dat artsen hun gedrag veranderden als reactie op het beperken van ereloonsupplementen (McKnight, R., 2007).

Een belangrijke vraag is of ereloonsupplementen extra waarde creëren voor de patiënt (“extra value for extra money”). In de gezondheidszorg kan “waarde” gedefinieerd worden als de gezondheidseffecten die worden bereikt via het bestede geld. Terwijl de meeste ziekenhuizen in Brussel ereloonsupplementen van 300% aanrekenen, drie keer het officiële tarief, beperken ziekenhuizen in meer landelijke gebieden zich tot 100%. Is de waarde die wordt geboden in Brusselse ziekenhuizen inderdaad tweemaal zo hoog als de waarde geboden in ziekenhuizen die vijftig of honderd kilometer van Brussel liggen (de kosten van levensonderhoud zijn maar iets hoger in Brussel)?

In de jaren negentig werden de gevolgen van de keuze voor een privéziekenhuiskamer op de verstrekte zorg geanalyseerd voor bepaalde diagnoses (gewone bevalling, keizersnede, cataractoperatie, cholecystectomie, spondylodese, longkanker en myocardinfarct). De conclusie was dat met uitzondering van epidurale anesthesie bij geboorten, die frequenter werd toegepast bij patiënten in een eenpersoonskamer, er geen andere medische handelingen waren uitgevoerd in eenpersoonskamers dan in twee- of meerpersoonskamers in Belgische ziekenhuizen (Calcoen, P. en Corremans, B., 1995). Een literatuuroverzicht van van de Glind et al. (van de Glind, I., de Roode, S. en Goossensen, A., 2007), dat geen studies over de Belgische situatie bevatte, toonde aan dat eenpersoonskamers een gematigd positief effect hebben op de tevredenheid van patiënten met betrekking tot de zorg, het lawaai en de kwaliteit van de slaap, alsook op de privacy en het gevoel van waardigheid. Wat betreft het aantal ziekenhuisinfecties, werden tegenstrijdige resultaten gevonden en er was geen bewijs op het vlak van genezingskansen en patiëntveiligheid.

3.14. TRANSPARANTIE

Er stellen zich problemen wat de transparantie van ereloonsupplementen betreft. Soms is het niet duidelijk voor de patiënt wanneer ereloonsupplementen aangerekend kunnen worden. In België bijvoorbeeld heeft een regelgevend kader transparantie gecreëerd inzake ereloonsupplementen voor intramurale zorg, maar dat is niet het geval voor ambulante zorg.

Er is weinig of geen transparantie wat betreft de “extra value for extra money”. In Duitsland moeten ereloonsupplementen die meer dan 130% van het officiële tarief bedragen, gemotiveerd worden op papier. In Frankrijk en België is een dergelijke motivatie niet verplicht.

3.15. FINANCIËLE DUURZAAMHEID

Tussen 1998 en 2010 is in Belgische ziekenhuizen de totale rekening voor de patiënt voor een “klassiek” ziekenhuisverblijf (met minimum één overnachting) met 1,6% per jaar gestegen, terwijl het totale bedrag van de ereloonsupplementen gestegen is met 6,6% per jaar (beide cijfers na correctie voor inflatie) (CM, 2011). Het aandeel van ereloonsupplementen in de totale rekening voor de patiënt is gestegen van 20 tot 35%.

In 2013 vonden 23% van alle “klassieke” ziekenhuisverblijven plaats in een eenpersoonskamer (CM, 2014). Dat percentage zal de komende jaren waarschijnlijk stijgen, aangezien nieuw gebouwde ziekenhuizen de helft eenpersoonskamers bevatten. Doordat een meerderheid van de Belgische bevolking een aanvullende hospitalisatieverzekering heeft die supplementen in een eenpersoonskamer dekt, overstijgt de vraag naar eenpersoonskamers het aanbod.

De meeste ereloonsupplementen worden gedekt door een aanvullende ziekteverzekering. Als de ereloonsupplementen blijven stijgen, zullen de verzekeringspremies moeten volgen. Op een bepaald moment zullen klanten mogelijk niet meer bereid zijn (altijd maar) stijgende verzekeringspremies te betalen voor het financieren van (altijd maar) stijgende ereloonsupplementen.

4. VERBIEDEN, REGLEMENTEREN OF LAISSER-FAIRE?

Hoe kan worden uitgelegd dat ereloonsupplementen de uniformisering van vergoedingen door de (universele) ziekteverzekering hebben overleefd? Bij hun studie van betalingsmethoden voor gezondheidsstelsels wereldwijd, stelden Marmor en Thomas vast dat de methoden voor het betalen van artsen heel erg divers waren, maar een merkwaardige gelijkenis vertoonden met wat bij artsen gebruikelijk was voor de start van de stelsels (Marmor, T.R. en Thomas, D., 1972). Het systeem van ereloonsupplementen waardoor artsen meer kunnen aanrekenen aan rijkere patiënten, is inderdaad een voortzetting van de vroegere praktijk waarbij artsen glijdende vergoedingsschalen gebruikten afhankelijk van het inkomen van de patiënt.

De praktijk van het aanrekenen van ereloonsupplementen kan verboden worden zoals in Nederland of (bijna) volledig ongemoeid gelaten worden (“laisser-faire”) zoals in België en Frankrijk. Tussen die twee uitersten kan gekozen worden voor een meer of minder beperkende reglementering.

4.1. IS EEN VERBOD OP ERELOONSUPPLEMENTEN HAALBAAR?

Een argument dat dikwijls gehoord wordt in de discussie over ereloonsupplementen, is dat de officiële tarieven te laag zijn en gecompenseerd moeten worden door de mogelijkheid om ereloonsupplementen aan te rekenen. Volgens die redenering zou men kunnen overwegen om de officiële tarieven te verhogen tot de som van de

officiële tarieven en de ereloonsupplementen. In België zou daartoe 1,2 miljard EUR overgedragen moeten worden van de ereloonsupplementen naar de officiële tarieven. Een stijging van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg met 4% zou die overdracht dekken.

Een volledig verbod op ereloonsupplementen zou kunnen leiden tot een gezondheidszorg met twee snelheden, bestaande uit enerzijds een openbaar systeem en anderzijds een privésysteem waarbij privépraktijken alleen toegankelijk zijn voor wie bereid is de volledige prijs met eigen middelen te betalen (of via een aanvullende ziekteverzekering). Het succes van die privépraktijken zal echter sterk afhangen van het functioneren van de openbare sector. Indien er geen wachtlijsten zijn en geen bezorgdheid over de kwaliteit van de zorg in de openbare sector, zullen privépraktijken waarschijnlijk weinig succesvol zijn (Flood, C., 2006).

4.2. VAN LAISSER-FAIRE TOT EEN MEER GEREGLEMENTEERD SYSTEEM VAN ERELOONSUPPLEMENTEN?

Uit de vorige paragraaf blijkt dat ereloonsupplementen een aantal nadelen hebben. Ereloonsupplementen kunnen een impact hebben op de toegang tot nieuwe medische technieken en tijdrovende en complexe procedures. De wachttijden worden erdoor beïnvloed. Er is een gebrek aan transparantie over de ereloonsupplementen die worden aangerekend en betreffende de “extra value for extra money”. Er is een sterke interactie tussen ereloonsupplementen en de aanvullende ziekteverzekering. De laatste twintig à dertig jaar zijn de ereloonsupplementen in landen zoals België en Frankrijk sterk gestegen. Een verdere stijging kan de financiële duurzaamheid van het systeem van ereloonsupplementen in gevaar brengen.

Reglementering zou een oplossing kunnen bieden voor de besproken kwesties, met name gelijke toegang tot gezondheidszorg, transparantie en financiële duurzaamheid:

- beperken van ereloonsupplementen tot een maximale limiet (cf. Duitsland en Frankrijk¹²: 250% van de officiële tarieven);
- artsen aansporen om een glijdende schaal te gebruiken voor het aanrekenen van ereloonsupplementen (volgens de graad van moeilijkheid en de benodigde tijd);
- artsen – en niet ziekenhuisdirecties – laten beslissen over de ereloonsupplementen die in ziekenhuizen worden aangerekend;
- patiënten degelijke informatie bezorgen over de ereloonsupplementen die worden aangerekend, ook voor ambulante zorg;
- het invoeren van de Duitse praktijk van een geschreven rechtvaardiging kan over-

(12) Op 23 oktober 2012 stemden de artsenvakbonden en de ziekteverzekering in met een limiet voor ereloonsupplementen van 2,5 keer de officiële tarieven zoals vastgesteld door de verplichte ziekteverzekering. Voordien konden de percentages van ereloonsupplementen oplopen tot 400 of 500%.

- wogen worden voor ereloonsupplementen die een bepaalde limiet overschrijden¹³;
- ervoor zorgen dat behandelingsopties gelijk toegankelijk zijn voor patiënten die geen ereloonsupplementen kunnen betalen, bijv. borstreconstructie met eigen weefsel, Mohs-chirurgie.

Een strengere regelgeving zal gesteund moeten worden door de zorgverstrekkers. Als producenten van een cruciale dienst in geïndustrialiseerde landen, een dienst waarvoor overheden zelden alternatieven op korte termijn kunnen bieden, beschikken zorgverstrekkers over sterke troeven om beslissingen te beïnvloeden met betrekking tot hun financiering (Marmor, T.R. en Thomas, D., 1972).

Er is weinig kans dat zorgverstrekkers een drastische verandering zullen steunen in de reglementering van ereloonsupplementen (zoals een verbod), tenzij er een compensatie is, bijv. in de vorm van een hogere overheidsfinanciering.

Normaal gezien zou de bereidheid van patiënten om ereloonsupplementen te betalen moeten afhangen van de waarde die ze krijgen voor het extra bestede geld (“extra value for the extra money paid”). Met ereloonsupplementen kan comfort gekocht worden, bijv. een eenpersoonskamer in een ziekenhuis of een consultatie op een geschikt tijdstip, mogelijk een verkorting van de wachttijd of toegang tot gerenommeerde artsen. Patiënten die ereloonsupplementen betalen kunnen betere kwaliteit verwachten. Echter, voor zover patiënten niet kunnen oordelen over de kwaliteit van medische diensten, is de efficiëntie van ereloonsupplementen twijfelachtig (Kifmann, M. en Scheuer, F., 2011). Ondertussen kan de bereidheid om ereloonsupplementen te betalen voor extra comfort, zoals kortere wachttijden voor niet-dringende behandelingen, beschouwd worden als een gevolg van het recht op “autonomie”, namelijk het recht van mensen om hun geld uit te geven zoals ze dat zelf willen.

5. CONCLUSIE

Wat ereloonsupplementen betreft, kan uit drie opties worden gekozen: verbieden, reglementeren of *laisser-faire*.

(13) Voor persoonlijke diensten kan aan privépatiënten, naargelang van de moeilijkheid en de benodigde tijd, tot 130% boven op het officiële tarief aangerekend worden. Voor technische diensten worden de ereloonsupplementen beperkt tot 80% en voor laboratoriumtesten tot 15%. Wanneer het medische probleem bijzonder moeilijk en tijdrovend is, kunnen ereloonsupplementen oplopen tot 250% voor persoonlijke diensten, 150% voor technische diensten en 30% voor laboratoriumtesten. Die hogere ereloonsupplementen moeten worden gerechtvaardigd op papier. Uitzonderlijk kunnen die limieten overschreden worden, op voorwaarde dat er een geschreven contract opgemaakt wordt met de patiënt (“Honorarvereinbarung”). (Verband der privaten Krankenversicherung. PKV-Info. *Die Gebührenordnung für Ärzte, ein kleiner Leitfaden*. Cf. http://www.dkv.com/downloads/die_gebuehrenordnung_fuer_aerzte_ein_kleiner_leitfaden.pdf, geraadpleegd op 7 oktober 2015)

In Nederland zijn ereloonsupplementen volledig verboden. U.S. Medicare¹⁴ en privé-ziekteverzekeraars in Duitsland hebben ereloonsupplementen gereguleerd en beperkt. In België en Frankrijk hebben zorgverstrekkers een aanzienlijke vrijheid om ereloonsupplementen aan te rekenen.

Reglementering bevindt zich op een continuüm tussen een totaal verbod en volledige vrijheid. In Nederland bijvoorbeeld leidde reglementering uiteindelijk tot een verbod op ereloonsupplementen. Onlangs werden nieuwe regels ingevoerd in België (een verbod op ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers in ziekenhuizen) en Frankrijk (een beperking van ereloonsupplementen tot 250% van de officiële tarieven) om sommige negatieve gevolgen van het aanrekenen van ereloonsupplementen te beperken.

Overheden kunnen strengere regels opleggen. Zorgverstrekkers en betalers kunnen akkoorden sluiten om ereloonsupplementen vrijwillig te beperken. Meer transparantie creëren met betrekking tot het aanrekenen van ereloonsupplementen en de extra gecreëerde waarde voor het extra betaalde geld kan ook een zelfregulerend effect hebben.

Indien ereloonsupplementen worden beperkt of verboden, moet bijzondere aandacht worden besteed aan de gevolgen voor het comfort van de patiënten (bijv. wachtlijsten) en de inkomsten van zorgverstrekkers (en ziekenhuizen).

(14) Vergoedingen vastgesteld door Medicare voor artsen die niet ingeschreven zijn voor het deelnemende programma, maken 95% uit van de vergoedingen die zijn vastgesteld voor deelnemende artsen. De totale aangerekende kosten voor niet-deelnemende artsen zijn beperkt tot 115% van de vergoedingen vastgesteld door Medicare. Omdat de vergoeding voor niet-deelnemers 95% bedraagt van de vergoeding voor deelnemers, hebben artsen sinds 1993 hun patiënten als opleg effectief maar 9,25% boven op de Medicarevergoeding voor deelnemende artsen mogen factureren ($9,25 = [95 * 1,15 - 100] / 100$). (McKnight, R., Medicare balance billing restrictions: impacts on physicians and beneficiaries, *J Health Econ.*, 26, blz. 326-341, 2007).

BIBLIOGRAFIE

Belfius, Model voor automatische analyse van ziekenhuizen, 2011. Cf. <https://www.belfius.be/nocms/maha/persbericht.pdf>, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

Blondeel, P.N., One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience, *British Journal of Plastic Surgery*, 52(2), pp. 104-111, 1999.

Calcoen, P. en Corremans, B., Honorariumsupplementen van artsen bij opname in een ziekenhuis, *Rechtskundig Weekblad*, 59, pp. 377-389, 1995.

CM, Zevende barometer van de ziekenhuisfactuur, 1 december 2011. Cf. <http://www.cm.be/actueel/onderzoeken/index.jsp>, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

Corens, D., Health system review: Belgium, *Health Systems in Transition*, 9(2), pp. 1-172, 2007.

Damen, T.H.C., Wei, W., Mureau, M.A.M., Tjong-Joe-Wai, R., Hofer, S.O.P., Essink-Bot, M.L., Hovius, S.E.R. en Polinder, S., Medium-term cost analysis of breast reconstructions in a single Dutch centre: a comparison of implants, implants preceded by tissue expansion, LD transpositions and DIEP flaps, *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(8), pp. 1043-1053, 2011.

Dijkhoffz, W., Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming, *T. Gez. / Rev. dr. Santé*, 111, 2003-2004.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Comptes nationaux de la santé 2011*, Parijs, 2012. Cf. <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2011,11024.html>, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

Farnworth, M.G., A game theoretic model of the relationship between prices and waiting times, *J Health Econ*, 22(1), pp. 47-60, 2003.

Flood, C., Chaouilli's legacy for the future of Canadian health care policy, *Osgoode Hall Law Journal*, 44, pp. 273-310, 2006.

Glazer, J. en McGuire, T., Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?, *J Health Econ*, 11, pp. 239-258, 1993.

Gloster, H.M., Harris, K.R. en Roenigk, R.K., A comparison between Mosh micrographic surgery and wide surgical excision for the treatment of dermatofibrosarcoma protuberans, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 35(1), pp. 82-87, 1996.

Hall, M.A. en Schneider, C.E., Learning from the legal history of billing for medical fees, *J Gen Intern Med.*, 8, pp. 1257-1260, 2008.

Kifmann, M. en Scheuer, F., Balance billing: the patients' perspective, *Health Economics Review*, 1, 14, 2011.

Kok, L., Lammers, M. en Tempelman, C., Remuneration of medical specialists. An international comparison, *SEO Economic Research*, Amsterdam, 4 oktober 2012. Cf. http://www.seo.nl/uploads/media/2012-77_Remuneration_of_medical_specialists.pdf, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

Lungen, M. et al., Waiting times for elective treatments according to insurance status: a randomized empirical study in Germany, *International Journal for Equity in Health*, 7, 1, 2008.

Marmor, T.R. en Thomas, D., Doctors, politics and pay disputes, *British Journal of Political Science*, 2, pp. 421-442, 1972.

McKnight, R., Medicare balance billing restrictions: impacts on physicians and beneficiaries, *J Health Econ.*, 26, pp. 326-341, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgbemiddeling, Utrecht, 11 februari 2009. Cf. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/02/12/brief-nza-aan-minister-klink.html>, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

Nys, H., *De rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners die in deze Eis-tijd voor een vertrouwensrelatie kiezen*, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2001.

Richards, M., Improving access to medicines for NHS patients: a report to the secretary of state for health, 2008. Cf. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_089927, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

Roll, K., Stargardt, T. en Schreyögg, J., *Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. The Geneva papers on risk and insurance – issues and practice*, Londen, Palgrave Macmillan, 37(4), pp. 609-632, 2012.

Siciliani, L. en Hurst, J., Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries, *Health Policy*, Vol. 72, nr. 2, pp. 201-215, 2005.

Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M. en Cleemput, I., *Manual for cost-based pricing of hospital interventions*, Brussel, KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), KCE rapport 178C.

Tierney, E.P. en Hanke, C.W., Cost effectiveness of Mohs micrographic surgery: review of the literature, *Journal of Drugs in Dermatology*; 8(10), pp. 914-922, 2009.

UZA, Supplementen – Dokter, waarom betalen wij?, *Magazine UZA*, april 2012, nr. 88, 2012. Cf. <http://www.maguza.be/zorg/p/artikel/supplementen-dokter-waarom-betalen-wij>, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

van de Glind, I., de Roode, S. en Goossens, A., Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review, *Health Policy*, 84, pp. 153-161, 2007.

Van de Voorde, C. et al., *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*, Brussel, KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), rapport 229.

Vansweevelt, T. en Dewallens, F., *Handboek Gezondheidsrecht*, II, Antwerpen, Intersentia, 317, nr. 665, 2014.

Vranken, J., Campaert, G., Dierckx, D. en Van Haarlem, A. (ed.), *Armoede en uitsluiting. Jaarboek 2009*, Leuven, Acco, 2009.

Weale, A. en Clark, S., Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments, *Health Economics Policy and Law*, 5(2), pp. 225-246, 2009.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Gezondheidsenquête 2013. Cf. https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx/ en <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>, geraadpleegd op 7 oktober 2015.

INHOUDSTAFEL

ERELOONSUPPLEMENTEN IN DE ZORG: VERBIEDEN, REGLEMENTEREN OF LAISSER-FAIRE?

1.	INLEIDING	535
2.	DE PRAKTIJK VAN ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIE	536
2.1.	REGELGEVEND KADER VOOR ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIE	536
2.2.	NIEUWE CIJFERS OVER DE ERELOONSUPPLEMENTEN IN BELGIE	539
3.	BELEIDSKWESTIES IN VERBAND MET ERELOONSUPPLEMENTEN	543
3.1.	AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING	543
3.2.	PATIENTEN MET FINANCIËLE PROBLEMEN	543
3.3.	INTRAMURALE VERSUS AMBULANTE ZORG	544
3.4.	VERHOOGING VAN SOCIALEZEKERHEIDSTARIEVEN EN ERELOONSUPPLEMENTEN ...	545
3.5.	HERVORMING VAN DE FINANCIERING VAN ZIEKENHUIZEN	545
3.6.	INKOMEN VAN ZORGVERSTREKKERS	546
3.7.	INKOMSTEN VOOR ZIEKENHUIZEN.....	547
3.8.	COMPETITIE TUSSEN ZIEKENHUIZEN EN ARTSEN	547
3.9.	EXTRA COMFORT VOOR DE PATIENT.....	548
3.10.	WACHTTIJD	548
3.11.	TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG	549
3.12.	TOEGANG TOT TIJDROVENDE EN/OF COMPLEXE PROCEDURES	549
3.13.	KWALITEIT VAN ZORG.....	551
3.14.	TRANSPARANTIE	552
3.15.	FINANCIËLE DUURZAAMHEID	553
4.	VERBIEDEN, REGLEMENTEREN OF LAISSER-FAIRE?	553
4.1.	IS EEN VERBOD OP ERELOONSUPPLEMENTEN HAALBAAR?.....	553
4.2.	VAN LAISSER-FAIRE TOT EEN MEER GERELEMENTEERD SYSTEEM VAN ERELOONSUPPLEMENTEN?	554
5.	CONCLUSIE	555
	BIBLIOGRAFIE	557