



Instituut voor de nationale rekeningen

ANALYSE VAN DE PRIJZEN
JAARVERSLAG 2018 VAN HET INSTITUUT VOOR
DE NATIONALE REKENINGEN

**Deel III. Analyse van het verloop van de kosten aan de
basis van de medische index en de impact ervan op
hospitalisatieverzekeringen**

PRIJZENOBSERVATORIUM

FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie
Algemene Directie Economische Analyses en Internationale Economie
Vooruitgangstraat 50
1210 Brussel
Tel.: 0800 120 33
<https://economie.fgov.be>

Verantwoordelijke uitgever: Pascal Vanderbecq
Voorzitter a.i. van het Directiecomité
Vooruitgangstraat 50
1210 Brussel

Internetversie

Meer informatie:

FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie
Peter Van Herreweghe
City Atrium
Vooruitgangstraat 50
1210 Brussel
Tel.: +32 2 277 83 96
E-mail: Peter.Vanherreweghe@economie.fgov.be

Inhoudstafel

PRIJZENOBSERVATORIUM	1
Inhoudstafel	3
III. Analyse van het verloop van de kosten aan de basis van de medische index en de impact ervan op hospitalisatieverzekeringen	4
Inleiding	4
III.1. Medische index	4
III.1.1. Historiek van de medische index.....	5
III.1.2. Modaliteiten van de medische index	6
III.1.3. De berekening van de medische index	7
III.1.4. Evolutie van de medische index	8
Focus 1: Doorlichting van de huidige medische index	12
III.2. Kostprijs van een ziekenhuisopname	14
III.2.1. Methodologie en bronnen	14
III.2.2. Een overzicht van het aantal ziekenhuisopnames in België	15
III.2.3. De verschillende componenten van de ziekenhuisfactuur.....	15
III.2.4. Evolutie van de kostprijs van een ziekenhuisfactuur.....	17
Focus 2: Rendabiliteit van algemene ziekenhuizen	26
III.3. Hospitalisatieverzekeringen	26
III.3.1. Inleiding.....	27
III.3.2. Wat is een hospitalisatieverzekering?	27
III.3.3. Dekking van een hospitalisatieverzekering.....	28
III.3.4. Hoogte van de verzekeringspremie	28
III.3.5. Aanbieders van hospitalisatieverzekeringen en wettelijk kader.....	29
III.4. Conclusie	30

III. Analyse van het verloop van de kosten aan de basis van de medische index en de impact ervan op hospitalisatieverzekeringen

Inleiding

Sinds de publicatie van de medische index¹ zijn reeds verschillende hersteldossiers bij de prudentiële toezichthouders ingediend en goedgekeurd. Naar aanleiding van deze dossiers heeft de minister van Economie aan het Prijzenobservatorium de vraag gesteld om een analyse te maken van de medische index en van het prijsverloop van de daaraan gelieerde kosten.

In het eerste hoofdstuk komen de historiek, de modaliteiten en de berekeningswijze van de medische index aan bod. Ook de evolutie van de medische index voor de verschillende waarborgtypes (eenpersoonskamer, twee- of meerpersoonskamer, ambulante zorg en tandverzorging) wordt besproken.

De markt van de aanvullende ziektekostenverzekeringen voor tandzorg en ambulante zorg is vrij jong, waardoor dit voorlopig een vrij kleine markt is in verhouding tot de hospitalisatieverzekeringen. Daarom wordt in het vervolg van de studie gefocust op de evolutie van de kostprijs van een ziekenhuisopname en de markt voor hospitalisatieverzekeringen.

In het tweede hoofdstuk wordt de kostprijs van een ziekenhuisopname geanalyseerd. Deze kosten liggen namelijk aan de basis van de evolutie van de medische index voor waarborgtypes eenpersoonskamer en twee- of meerpersoonskamer. Ook de gemiddelde kostprijs voor dagopnames in zowel een eenpersoonskamer als een twee- of meerpersoonskamer wordt kort besproken.

In het derde hoofdstuk komen de hospitalisatieverzekeringen aan bod. Allereerst wordt uitgelegd wat een hospitalisatieverzekering inhoudt. De dekking van een hospitalisatieverzekering wordt in een tweede deel besproken. Wat de hoogte is van een verzekeringspremie en welke parameters in rekening worden genomen komen aan bod in het derde deel van dit hoofdstuk. Tot slot worden de aanbieders van hospitalisatieverzekeringen en het wettelijk kader waarbinnen zij dienen te opereren, behandeld.

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van officiële statistieken en bronnen, onder andere detailinformatie afkomstig van Statbel. Daarnaast werden specifieke analyses van bronnen uit de sector, zoals de mutualiteiten geraadpleegd. Ook werden gesprekken met de belangrijke stakeholders² gevoerd.

III.1. Medische index

De medische index is een index die door Statbel, de algemene directie statistiek van de FOD Economie, wordt berekend en gepubliceerd en die kan worden gebruikt om niet-beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen (hospitalisatieverzekering, verzekering tandzorg en verzekering ambulante kosten) te indexeren. In dit hoofdstuk wordt de historiek van de medische index besproken. Vervolgens worden de modaliteiten van deze index aangehaald. Ook de berekeningswijze komt aan bod. Tot slot wordt de medische index en het verloop ervan voor de verschillende waarborgtypes geanalyseerd.

¹ De medische index maakt geen deel uit van het GICP. Enkel de bijdrage voor de verplichte ziekteverzekering is opgenomen in het GICP.

² Er werden gesprekken gevoerd met Statbel, Nationale Bank van België (NBB), Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ), het InterMutualistisch Agentschap (IMA), RIZIV en de verzekeringssector.

III.1.1. Historiek van de medische index

De medische index werd in 2010 in het leven geroepen om onder andere premies van aanvullende ziektekostenverzekeringen, waaronder de hospitalisatieverzekering, te kunnen indexeren op basis van de werkelijke evolutie van medische kosten om zo grote prijsschokken voor de consument te vermijden.

De hospitalisatieverzekering is een aanvullende ziektekostenverzekering die, al dan niet geheel of gedeeltelijk, de hospitalisatiekosten terugbetaalt die niet gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering. Ongeveer 75 % van de Belgen hebben dit soort van niet-verplichte verzekering³, ofwel collectief, onder andere via de werkgever, ofwel individueel. In deze studie over de medische index heeft de hospitalisatieverzekering alleen betrekking op de niet-beroepsgebonden of individuele hospitalisatieverzekering en dus niet op deze die werkgevers collectief afsluiten voor de werknemers.

De wet van 25 juni 1992 op de landsverzekeringsovereenkomst, ondertussen vervangen door de wet van 4 april 2014 (Wet betreffende verzekeringen), legt voor het eerst een aantal bepalingen vast voor verzekeringen, waaronder ziektekostenverzekeringen. In 2007 werd deze basiswet van 1992 aangevuld door de wet van 20 juli 2007, de zogenaamde wet Verwilghen. Deze wet legde een aantal bepalingen vast betreffende de individuele en de collectieve⁴ ziektekostenverzekering. Zo legt deze wet vast dat een individuele ziektekostenverzekering wordt aangegaan voor het leven. Dit komt er dus op neer dat een verzekeringsmaatschappij in principe deze verzekering niet mag opzeggen, tenzij in geval van fraude of bij het niet-betalen van de premie, en dat dit enkel mag gedaan worden door de verzekeringsnemer. Ook wordt vastgelegd dat verzekeraars de premies enkel nog mogen verhogen op basis van de consumptieprijsindex. Na de wet van 17 juni 2009, die de wet Verwilghen heeft aangepast, mogen de premies ook verhoogd worden op basis van een of verschillende specifieke indexcijfers van de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien de evolutie van deze het indexcijfer der consumptieprijsindex overschrijdt. Dit was bedoeld om de consument te beschermen tegen al te grote prijsschokken. Daarnaast kunnen de prudentiële toezichthouders, zijnde de Nationale Bank van België (NBB) voor de private verzekeraars of de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) voor de Verzekeringsmaatschappijen van Onderlinge Bijstand (VMOB's), opleggen dat een verzekeringsonderneming zijn tarieven in evenwicht brengt. De verzekeringsmaatschappijen kunnen de prudentiële toezichthouders op de hoogte brengen dat toepassing van één van haar tarieven verlieslatend is of dreigt te worden ofwel kunnen de prudentiële toezichthouders dit zelf vaststellen. Dit betreft de zogenaamde hersteldossiers.

Deze specifieke indexcijfers werden voor het eerst gepubliceerd in 2010 op basis van het Koninklijk Besluit (KB) van 1 februari 2010 onder de noemer medische index⁵. Sinds het vierde trimester van 2012 werd deze index evenwel niet meer gepubliceerd nadat de Raad van State het KB van 1 februari 2010 gedeeltelijk had vernietigd. Pas in 2016 werd een nieuwe medische index ingevoerd door het KB van 18 maart 2016 (Belgisch Staatsblad, 25 maart 2016)⁶. Dit KB werkt verder op de berekeningsmethode voor de index voorzien in het oorspronkelijke KB van 2010, maar met de nodige aanpassingen om tegemoet te komen aan de bezwaren die de Raad van State had geuit in haar vernietigingsarrest. Meer concreet werd er een vergrijzingsparameter ingebouwd in de berekening van de medische index opdat ver-

³ P. Calcoen, "Private expenditure on health and voluntary private health insurance".

⁴ Zoals het individueel kunnen verderzetten van een hospitalisatieverzekering na verandering van werk of pensioen.

⁵ In de EU is de aanvullende ziektekostenverzekering in principe onderworpen aan de regels van de vrije markt en concurrentie. Bij wijze van uitzondering mogen regels opgelegd worden die de vrije concurrentie beperken wanneer de private ziekteverzekering dienst doet als geheel of gedeeltelijk alternatief voor de ziekteverzekering verstrekt door het statutair sociale zekerheidssysteem. Het Europees Hof van Justitie heeft in 2013 bepaald dat de Europese richtlijnen inzake verzekeringen de Belgische regering niet belette om regels aan te nemen die de concurrentie aan banden legde in de markt van de aanvullende ziektekostenverzekering om de consument te beschermen tegen onverwachte premieverhogingen. Het Belgisch grondwettelijk Hof had voordien deze regelgeving reeds verdedigd met het argument dat de verzekeraar in alle vrijheid alle elementen van het contract kan bepalen, met inbegrip van de premie op het moment van het afsluiten van het contract.

⁶ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2016031801&table_name=wet.

zekeraars naast hun premies ook hun vergrijzingsvoorzieningen⁷ zouden kunnen herwaarderen. Deze medische index zou ervoor moeten zorgen dat de premies van de individuele contracten van hospitalisatieverzekering verhoogd kunnen worden op basis van de werkelijke evolutie van de medische kosten.

De verzekeraars mogen de medische index toepassen op de premie en/of de franchise en/of de prestaties van de niet-beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen⁸. De niet-beroepsgebonden ziektekostenverzekering dient weliswaar een indexatieclausule te bevatten waarin is opgenomen welke index wordt toegepast op het product, zijnde de leeftijdsgebonden medische index, de globale medische index of de index der consumptieprijzen (CPI)⁹. Indien geopteerd wordt voor de medische index, dient deze weliswaar hoger te liggen dan het indexcijfer der consumptieprijzen om te mogen toegepast worden. De medische index is evenwel een maximum. Dit betekent dat de verzekeraar niet verplicht is deze volledig toe te passen. Hij kan opteren om over te gaan tot minder grote verhogingen. Anderzijds is de medische index op die manier geconstrueerd (zie modaliteiten van de medische index) dat zij nooit negatief kan worden, zelfs niet als de evolutie van de kosten negatief is.

III.1.2. Modaliteiten van de medische index

Sinds 1 juli 2016 berekent en publiceert de FOD Economie de huidige medische index. De modaliteiten voor de berekening van deze index zijn opgenomen in het KB van 18 maart 2016. Hierin werd vastgelegd dat de index wordt berekend voor vier waarborgtypes: eenpersoonskamer, twee- en meerpersoonskamer, ambulante zorg en tandverzorging.

Elke verzekeraar moet zijn ziektekostenverzekeringsproducten toewijzen aan één van deze vier waarborgtypes. Omdat de meeste ziektekostenverzekeringsproducten meerdere van deze waarborgen dekken, bepaalt het KB dat de verzekering moet toegewezen worden aan de waarborg die het zwaarst doorweegt in de bepaling van de jaarpremie. Bijvoorbeeld, een hospitalisatieverzekering kan voorzien in de dekking van de kosten van een ziekenhuisopname, ongeacht het kamertype waarin de verzekerde verblijft (eenpersoonskamer of twee- of meerpersoonskamer) en in de dekking van de kosten van de ambulante zorgen gelinkt aan deze ziekenhuisopname. Er zijn dus drie waarborgtypes waaraan deze hospitalisatieverzekering kan worden toegewezen. De verzekeraar zal nagaan voor welk waarborgtype (eenpersoonskamer, twee- en meerpersoonskamer, ambulante zorgen) hij de grootste uitgaven heeft. De verzekering zal dan aan dit waarborgtype worden toegewezen. Deze toewijzing van ziektekostenverzekeringsposten aan één bepaald waarborgtype leidt dan weer tot rapporteringsvervuiling (zie focus 'Doorlichting van de huidige medische index').

De verzekeraar dient bovendien iedere verzekerde toewijzen aan een leeftijdscategorie. Er zijn vijf leeftijdscategorieën bepaald in het KB:

- Van 0 tot 19 jaar;
- Van 20 tot 34 jaar;
- Van 35 tot 49 jaar;
- Van 50 tot 64 jaar;
- 65 jaar en meer.

Voor deze leeftijdscategorieën wordt aldus een medische index gepubliceerd voor de vier waarborgtypes. Daarnaast wordt ook een globale medische index per waarborgtype gepubliceerd. De verzekeraar dient zoals hierboven reeds

⁷ Een vergrijzingsprovisie houdt verband met de betaling van een genivelleerde (constante) premie door de verzekerde voor zijn hospitalisatieverzekering. Bij een dergelijke premie betaalt een verzekerde bij aanvang van het contract op jonge leeftijd een relatief hoge premie die later niet meer wordt verhoogd tenzij via indexerings. Hierdoor wordt voor de verzekerde een voorziening voor vergrijzing opgebouwd die de eventuele betaling van de hospitalisatiekosten op latere leeftijd moet dekken.

⁸ Artikel 204 van de Wet betreffende de Verzekeringen.

⁹ Vaak wordt in de indexatieclausule voorzien dat de CPI wordt toegepast, tenzij wanneer de medische index hoger is, in welk geval deze index zal toegepast worden.

vermeld, een indexatieclausule opgenomen te hebben bij het contract waarin is opgenomen of de verzekeraar de globale medische index dan wel de leeftijdsgebonden medische index toepast.

De verzekeraars zijn er jaarlijks (in april) toe gehouden aan hun bevoegde toezichthouder, de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (FSMA)¹⁰ voor de private verzekeraars en de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) voor de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOBs) en aan de FOD Economie de nodige gegevens betreffende de berekening van medische index mede te delen. Het gaat hier meer bepaald over enerzijds de bruto schadelast¹¹ en anderzijds het aantal verzekerden, telkens per waarborgtype en per leeftijdsklasse. De gegevens over de bruto schadelast hebben betrekking op de facturen die de verzekeringsmaatschappij heeft ontvangen vóór april van het jaar waarin de gegevens worden gerapporteerd, en die betrekking hebben op schadegevallen die zich hebben voorgedaan in de periode tussen 1 oktober van het tweede jaar voorafgaand aan de rapportering en 30 september van het jaar voorafgaand aan de rapportering. De bevoegde toezichthouder gaat na of de gerapporteerde gegevens werden gecertificeerd zonder voorbehoud door een bevoegde revisor. De FSMA en de CDZ gaan samen ook na of de ontvangen gegevens betrekking hebben op enerzijds minstens drie verzekeraars en anderzijds minimum 75 % van het incasso van de Belgische markt van de ziektekostenverzekeringen. Indien dit het geval is, berekent de FOD Economie voor elk waarborgtype de medische index voor elke leeftijdsklasse en de globale index en publiceert deze in het Belgisch Staatsblad en op de website van Statbel, op de eerste werkdag van juli.

III.1.3. De berekening van de medische index

Zoals hierboven vermeld wordt de medische index berekend voor vier waarborgtypes en telkens voor vijf leeftijdscategorieën en globaal (24 indices in totaal). De berekeningswijze is opgenomen in het KB van 18 maart 2016 betreffende de vaststelling van de specifieke indexcijfers.

Eerst wordt voor de leeftijdscategorieën per waarborgtype een basisindexcijfer berekend, uitgaande van de evolutie van de bruto schadelast per verzekerde over alle verzekeraars heen. De bruto schadelast is gelijk aan het totaal van de facturen van de schadegevallen minus de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering. Voor de globale medische index, die losstaat van de leeftijdscategorieën, wordt een gewogen gemiddelde van deze leeftijdsgebonden basisindexcijfers berekend, gewogen volgens het aantal verzekerden per leeftijdscategorie.

In een tweede stap worden de specifieke indexcijfers berekend op basis van de basisindexcijfers. De jaarlijkse evolutie van de specifieke indexcijfers is gelijk aan de jaarlijkse evolutie van de basisindexcijfers vermenigvuldigd met de factor 1,5. Deze factor anderhalf laat de verzekeraars toe de vergrijzingsvoorzieningen te herwaarderen. Bovendien wordt op deze manier een zekere solidariteit ingebouwd tussen de verschillende leeftijdscategorieën.

De jaarlijkse evolutie van de specifieke indexcijfers mag maximaal twee procentpunten hoger liggen dan de jaarlijkse evolutie van de basisindexcijfers. Toegepast op volgend voorbeeld waarin het basis indexcijfer 100 bedraagt voor jaar j en 102 bedraagt in jaar $j+1$, betekent dit dat de evolutie van het basisindexcijfer 2 % ($102/100$) bedraagt in jaar $j+1$. De evolutie van de specifieke index wordt dan berekend door de evolutie van het basisindexcijfer (2 %) te vermenigvuldigen met de factor 1,5. De evolutie van het specifieke indexcijfer bedraagt dan 3 % ($2*1,5$) in jaar $j+1$. Zodoende bedraagt de waarde van het specifieke indexcijfer 100 in het jaar j (namelijk zelfde startwaarde als het basis indexcijfer) en 103 ($100*1,03$) in het jaar $j+1$.

¹⁰ FSMA staat voor Financial Services and Markets Authority. Deze Belgische Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten streeft onder meer naar een eerlijke en correcte behandeling van de financiële consumenten en bevordert naar professionelen toe een correcte financiële dienstverlening en transparante van financiële markten.

¹¹ De bruto schadelast is het totaal van de facturen van de schadegevallen die betrekking hebben op een verzekeringsproduct dat aan een bepaald waarborgtype werd toegewezen, waarbij de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering reeds in mindering is gebracht. Hierbij wordt dus geen rekening gehouden met wat de verzekeringsmaatschappij effectief terugbetaald, wat neerkomt op de netto schadelast.

In de veronderstelling dat de evolutie van het basisindexcijfer niet 2 %, maar 5 % bedraagt, dan is de evolutie van het specifieke indexcijfer beperkt tot 7 %, nl. $5\% \cdot 1,5 = 7,5\%$, maar dit wordt afgetoet op 7 % gezien de verhoging maximaal 2 procentpunten mag bedragen.

Tegenover deze aftopping staat dat bij een negatieve evolutie van het basisindexcijfer, en dus ook van het specifieke indexcijfer, de geldigheid van het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer wordt verlengd. Wanneer de evolutie van een specifiek indexcijfer van een leeftijdscategorie binnen een bepaalde waarborg negatief is, maar de evoluties van de specifieke indexcijfers voor de andere leeftijdscategorieën binnen dezelfde waarborg positief zijn, wordt enkel voor de leeftijdscategorie met de negatieve evolutie van het specifieke indexcijfer, het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer verlengd. Dit betekent dus dat de medische index nooit naar beneden aangepast wordt, zelfs niet als de evolutie van de kosten negatief is.

III.1.4. Evolutie van de medische index

III.1.4.1. Waarborgtype eenpersoonskamer

Tabel 1 geeft de officiële medische index weer voor het waarborgtype eenpersoonskamer en dit voor de vijf leeftijdscategorieën en de globale medische index voor dit waarborgtype voor de periode 2015-2018. Ook de jaar-op-jaar wijziging is opgenomen in deze tabel.

De globale medische index is tussen 2015 en 2018 met 10,4 % (gemiddelde jaarlijkse groei¹² (GJG) van 3,3 %, +8,9 % tussen 2015 en 2017) toegenomen. De stijging deed zich vooral voor in 2017 en 2016 (respectievelijk 4,4 % en 4,3 %), in 2018 bleef de stijging beperkt tot 1,4 %. Over de beschouwde periode is de medische index het meest toegenomen voor de leeftijdscategorie 0 tot 19-jarigen (+15,2 %). De medische kosten voor deze leeftijdscategorie zijn het sterkst toegenomen in 2018 (+6,9 %), daar waar voor de andere leeftijdscategorieën de toename in dit jaar eerder beperkt is gebleven. De medische index bij 20 tot 34-jarigen is in de beschouwde periode het minst toegenomen (+4,5 %). De grootste stijging heeft zich voorgedaan in 2017 (+4,2 %).

Tabel 1. Medische index waarborgtype eenpersoonskamer

Waarborgtype eenpersoonskamer	Medische index				Jaarlijks veranderingspercentage		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 jaar	100,00	102,23	107,76	115,21	2,23%	5,41%	6,91%
20-34 jaar	100,00	100,34	104,51	104,51	0,34%	4,16%	0,00%
35-49 jaar	100,00	106,08	111,05	111,53	6,08%	4,69%	0,43%
50-64 jaar	100,00	106,33	111,09	113,31	6,33%	4,48%	2,00%
65 jaar en ouder	100,00	106,45	109,17	109,17	6,45%	2,56%	0,00%
Globaal	100,00	104,32	108,85	110,36	4,32%	4,35%	1,38%

Bron: Statbel.

Het aantal verzekerden met een hospitalisatieverzekering behorende tot het waarborgtype eenpersoonskamer is tussen 2015 en 2018 met 6,7 % toegenomen tot 2,8 miljoen verzekerden. De toename doet zich voor bij alle leeftijdscategorieën, hoewel er een grotere toename is bij de 65-plussers en de 50 tot 64-jarigen (respectievelijk 17,4 % en 7,6 %). De bruto schadelast is in de beschouwde periode telkens echter sterker toegenomen, waardoor de bruto schadelast per verzekerde in deze periode is toegenomen. Deze evoluties liggen aan de basis van de medische index en verklaren dan ook de toename van de medische index.

De sterkste stijging van de bruto schadelast doet zich voor bij plus 65-jarigen (+23,4 % tussen 2015 en 2018). Echter ook het aantal verzekerden binnen deze leeftijdscategorie is het sterkst toegenomen in de beschouwde periode.

¹² De gemiddelde jaarlijkse groei werd berekend door de indices van 2018 te vergelijken met de indices in 2015. Zoals gebruikelijk is, werd de gemiddelde groei berekend als een meetkundig gemiddelde.

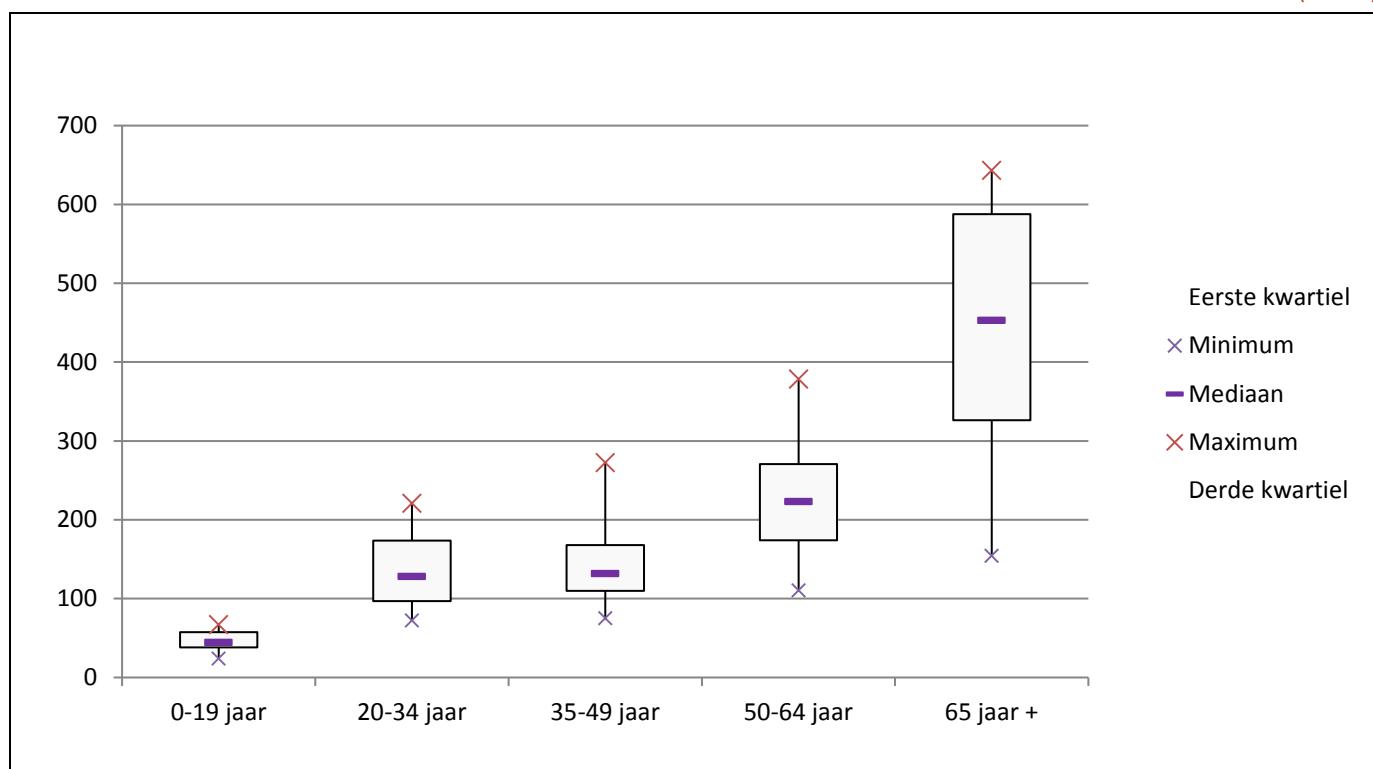
Grafiek 1 geeft in een boxplot de spreiding weer van de bruto schadelast per verzekerde bij de verschillende verzekeraars voor de verschillende leeftijdscategorieën en dit voor het waarborgtype eenpersoonskamer in 2018.

De medische index kende dan wel de sterkste toename bij de leeftijdscategorie 0 tot 19-jarigen. Dit is ook de leeftijdscategorie waarbij de gemiddelde bruto schadelast per verzekerde het laagst is. In 2018 schommelde de bruto schadelast per verzekerde bij de verschillende verzekeraars tussen 24,30 euro en 67,11 euro. Deze lage bruto schadelast per verzekerde heeft tot gevolg dat zelfs een lichte stijging in absolute termen een significant stijgingspercentage met zich meebrengt.

De leeftijdscategorie plus 65-jarigen liet dan weer de grootste spreiding optekenen. In 2018 schommelde de bruto schadelast per verzekerde tussen 154,53 euro en 643,5 euro, waarbij de helft van de verzekeraars een bruto schadelast per verzekerde liet optekenen tussen 326,39 euro en 587,67 euro.

Grafiek 1. Spreiding van de bruto schadelast per verzekerde per leeftijdscategorie voor waarborgtype “eenpersoonskamer” in 2018

(In euro)



Bronnen: Afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen.

III.1.4.2. Waarborgtype twee- en meerpersoonskamer

Onderstaande tabel geeft het verloop van de medische index weer voor het waarborgtype twee- en meerpersoonskamer en dit zowel globaal als voor de verschillende leeftijdscategorieën. In 2018 kwam de globale medische index voor een twee- en meerpersoonskamer uit op 105,36 (+3,5 % tussen 2015 en 2017). De stijging bij het waarborgtype twee- en meerpersoonskamer is dus veel minder uitgesproken dan de stijging bij het waarborgtype eenpersoonskamer (de globale medische index in 2018 kwam voor dit waarborgtype uit op 110,36). Enkel bij de leeftijdscategorie 65-plussers was de toename van de medische index voor het waarborgtype twee- en meerpersoonskamer meer uitgesproken dan voor het waarborgtype eenpersoonskamer (111,98 voor het waarborgtype twee- en meerpersoonskamer tegenover 109,17 voor het waarborgtype eenpersoonskamer).

De grootste stijging van de globale medische index voor dit waarborgtype vond plaats tussen 2016 en 2017 (+3,2 %). In 2018 is de globale medische index met 1,8 % toegenomen. De grootste toename over de beschouwde periode heen deed zich voor bij 65-plussers (+12 %). Vooral in 2017 is deze index sterk toegenomen (+6,7 %). In 2018 was er een stij-

ging van 1,1 %. Vervolgens is de medische index het meest toegenomen bij de leeftijdscategorie 0 tot 19-jarigen (+7,9 %). Deze toename is ongeveer volledig toe te schrijven aan de toename in 2018 (+7,7 %).

Tabel 2. Evolutie medische index waarborgtype “twee- en meerpersoonskamer”

Waarborgtype twee- en meerpersoonskamer	Medische index				Jaarlijks veranderingspercentage		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 jaar	100,00	100,15	100,15	107,85	0,15%	0,00%	7,69%
20-34 jaar	100,00	100,00	102,17	102,17	0,00%	2,17%	0,00%
35-49 jaar	100,00	100,00	100,00	102,05	0,00%	0,00%	2,05%
50-64 jaar	100,00	102,79	106,25	106,94	2,79%	3,37%	0,65%
65 jaar en ouder	100,00	103,83	110,78	111,98	3,83%	6,69%	1,09%
Globaal	100,00	100,37	103,53	105,36	0,37%	3,16%	1,76%

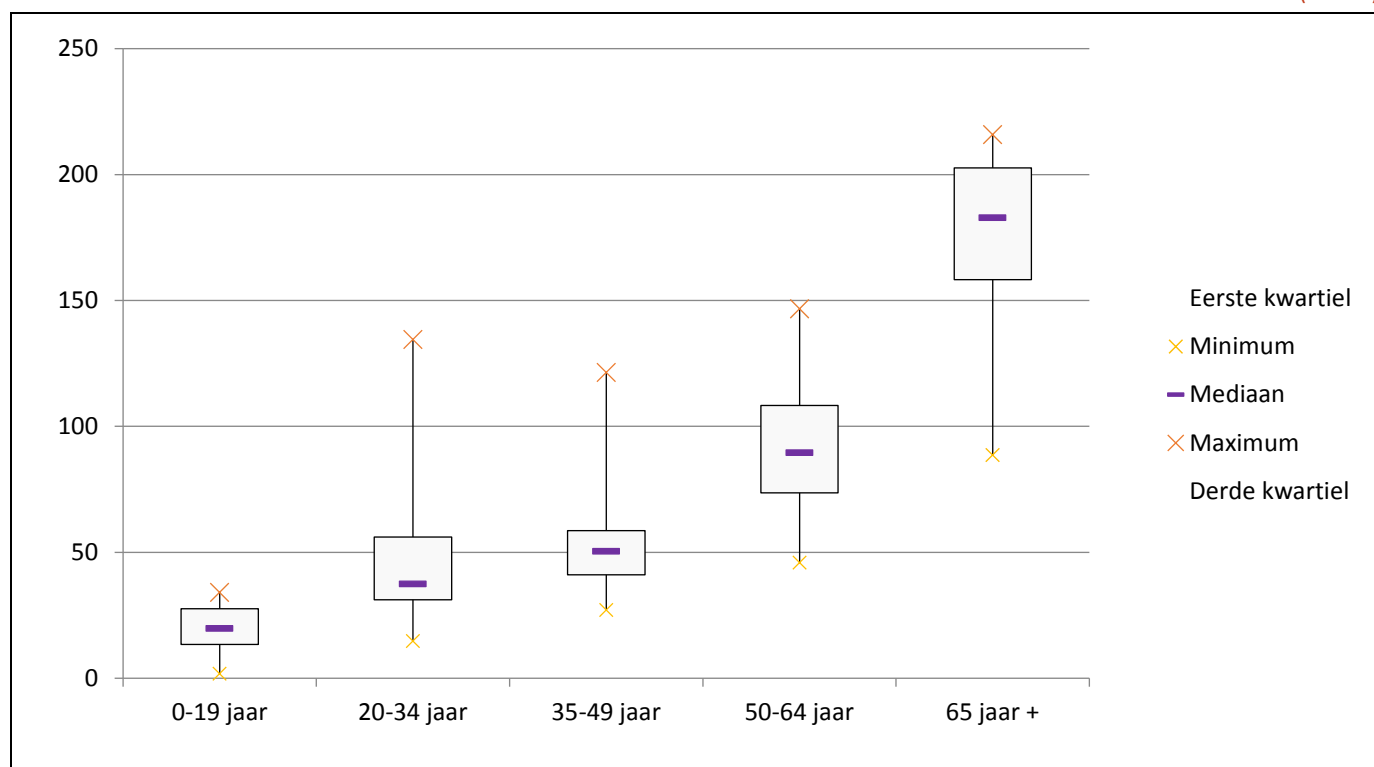
Bron: Statbel.

Het aantal verzekerden is in alle leeftijdscategorieën in de beschouwde periode toegenomen. Globaal is het aantal verzekerden met een hospitalisatieverzekering behorende tot het waarborgtype twee- en meerpersoonskamer met 10,2 % toegenomen tussen 2015 en 2018 tot 1,8 miljoen verzekerden. De bruto schadelast is in dezelfde periode bijna dubbel zo veel toegenomen, met 19,4 %. Zowel het aantal verzekerden als de bruto schadelast is het sterkst toegenomen bij de leeftijdscategorie 65-plussers, respectievelijk 21,1 % en 30,9 %. De bruto schadelast is voor deze leeftijdscategorie elk jaar sterker toegenomen dan het aantal verzekerden, wat geleid heeft tot een stijging van de medische index.

Grafiek 2 geeft de spreiding weer van de bruto schadelast per verzekerde in 2018 bij de verschillende verzekeraars. Ook bij dit waarborgtype ligt de bruto schadelast per verzekerde het laagst bij de leeftijdscategorie 0 tot 19-jarigen. De helft van de verzekeraars vertoont in 2018 een bruto schadelast per verzekerde tussen 13,42 euro en 27,54 euro voor deze leeftijdscategorie. De leeftijdscategorie plus 65-jarigen heeft ook bij dit waarborgtype een hogere bruto schadelast per verzekerden dan de overige leeftijdscategorieën. Hier hebben de helft van de verzekeraars een gemiddelde bruto schadelast per verzekerde die schommelt tussen 158,33 euro en 202,64 euro.

Grafiek 2. Spreiding van de bruto schadelast per verzekerde per leeftijdscategorie voor waarborgtype “twee- en meerpersoonskamer” in 2018

(In euro)



Bronnen: Afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen.

III.1.4.3. Waarborgtype “ambulante zorg”

De medische index voor ambulante zorg is gedurende twee opeenvolgende jaren constant gehouden¹³ (zie tabel 3). In 2018 is deze echter fors toegenomen, zowel globaal als voor de verschillende leeftijdscategorieën. De globale index voor ambulante zorg kwam in 2018 uit op 111,52. De grootste toename van de medische index deed zich voor bij de leeftijdscategorie 0 tot 19-jarigen, namelijk met 19,2 %. De leeftijdscategorie 65-plussers kende de minst sterke stijging van de medische index van alle leeftijdscategorieën, maar ook hier was de stijging nog aanzienlijk (+7,9 %).

Tabel 3. Evolutie medische index waarborgtype “ambulante zorg”

Waarborgtype ambulante zorgen	Medische index				Jaarlijks veranderingspercentage		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 jaar	100,00	100,00	100,00	119,22	0,00%	0,00%	19,22%
20-34 jaar	100,00	100,00	100,00	113,94	0,00%	0,00%	13,94%
35-49 jaar	100,00	100,00	100,00	109,70	0,00%	0,00%	9,70%
50-64 jaar	100,00	100,00	100,00	105,58	0,00%	0,00%	5,58%
65 jaar en ouder	100,00	100,00	100,00	107,93	0,00%	0,00%	7,93%
Globaal	100,00	100,00	100,00	111,52	0,00%	0,00%	11,52%

Bron: Statbel.

¹³ De markt voor verzekeringen van ambulante kosten is een opkomende markt wat in 2016 en 2017 leidde tot problemen met de medische index door niet-betrouwbare cijfers.

III.1.4.4. Waarborgtype “tandverzorging”

De medische index voor het waarborgtype tandverzorging is constant gehouden in 2016 (zie tabel 4)¹⁴. In 2017 is de globale medische index van dit waarborgtype toegenomen met 10,7 % en in 2018 met maar liefst 15,7 %. Bij de 0 tot 19-jarigen is de medische index in de beschouwde periode met bijna de helft toegenomen (+43,9 %), waarvan 16,8 % in 2017 en maar liefst 23,3 % in 2018. De leeftijdscategorie 20- tot 34-jarigen kwam in 2017 uit op een medische index van 109,22 en in 2018 op 127,9, wat neerkomt op een toename van 17,1 %. Bij de leeftijdscategorie 35 tot 49-jarigen is de medische index voor tandverzorging in 2017 toegenomen met 6,2 % en in 2018 met 13,5 %. Bij de leeftijdscategorie 50 tot 64-jarigen bedroeg de stijging respectievelijk 9,9 % en 9,5 %. De medische index voor tandverzorging bij 65-plussers is in de beschouwde periode ongewijzigd gebleven¹⁵.

Tabel 4. Evolutie medische index waarborgtype “tandverzorging”

Waarborgtype tandverzorging	Medische index				Jaarlijks veranderingspercentage		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 jaar	100,00	100,00	116,77	143,92	0,00%	16,77%	23,25%
20-34 jaar	100,00	100,00	109,22	127,92	0,00%	9,22%	17,12%
35-49 jaar	100,00	100,00	106,19	120,48	0,00%	6,19%	13,46%
50-64 jaar	100,00	100,00	109,89	120,32	0,00%	9,89%	9,49%
65 jaar en ouder	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00%	0,00%	0,00%
Globaal	100,00	100,00	110,65	127,97	0,00%	10,65%	15,65%

Bron: Statbel.

De bruto schadelast voor de waarborgtypes ambulante zorg en tandverzorging komt net als bij de overige twee waarborgtypes neer op de patiëntenfactuur verminderd met de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering. In het vervolg van de studie wordt een verklaring gezocht voor de toename van de medische index. Verschillende studies hebben reeds de kostprijs van een ziekenhuisfactuur in kaart gebracht, er zijn echter weinig tot geen publieke statistieken beschikbaar over de gemiddelde patiëntenfactuur voor ambulante zorg of tandzorg. Bovendien zijn de modaliteiten voor een ziekenhuisfactuur volledig vastgelegd, terwijl dit bij de patiëntenfactuur voor ambulante zorg en tandverzorging minder uitgebreid is.

Daarnaast is de markt van de aanvullende ziekteverzekeringen voor tandzorg en ambulante zorg vrij jong, waardoor de maatschappijen nog geen stabiel klantenbestand hebben opgebouwd. Ook de dekking van deze producten is sterk verschillend. Maatschappijen vertonen als gevolg daarvan sterk fluctuerende tendensen in de gerapporteerde bruto schadelast. Aangezien dit voorlopig een vrij kleine markt is in verhouding tot de hospitalisatieverzekeringen en door het gebrek aan beschikbare statistieken in verband met de patiëntenfactuur, wordt in het vervolg van de studie gefocust op de evolutie van de kostprijs van een ziekenhuisopname en de markt voor hospitalisatieverzekeringen.

Focus 1: Doorlichting van de huidige medische index

Sinds de inwerkingtreding van de medische index in 2010, zijn al verschillende hersteldossiers ingediend bij de prudentiële toezichthouders. Zowel private verzekeraars als VMOB's hebben reeds hersteldossiers ingediend en goedkeuring bekomen. Hieruit kan afgeleid worden dat voor sommige verzekeraars de premie-aanpassing op basis van de medische index niet voldoende is om de werkelijke kostenevolutie te dekken. Hierbij dient opgemerkt te worden dat tussen het derde kwartaal 2012 en 2015 geen medische index werd gepubliceerd. Verzekeringsmaatschappijen konden enkel de consumptieprijnsindex gebruiken om premies te verhogen. Hierdoor kunnen individuele verzekeringsmaatschappijen

¹⁴ Het basisindexcijfer voor de verschillende leeftijdscategorieën en het globale basisindexcijfer vertoonde in 2016 voor dit waarborgtype een negatief verloop.

¹⁵ Het basisindexcijfer voor deze leeftijdscategorie vertoonde een negatief verloop.

een achterstand hebben opgebouwd die niet gecompenseerd wordt door de nieuwe medische index¹⁶. Zonder deze goedgekeurde hersteldossiers zou de kans bestaan dat verzekeraars in de toekomst niet meer aan hun wettelijke verplichtingen kunnen voldoen.

Een werkgroep waarin vertegenwoordigers van Assuralia, Mutassur, Statbel en het Prijzenobservatorium zetelden, heeft de verschillende factoren opgelijst die kunnen verklaren waarom de medische index ook om andere redenen ontoereikend is voor bepaalde verzekeraars.

Zoals reeds vermeld is de medische index een gemiddelde. Dit houdt in dat de equivalente medische index van de individuele verzekeringsmaatschappijen sneller of trager zal evolueren. Uit de analyses bleek dat er zeer grote verschillen werden vastgesteld in de individuele indexevoluties van de afzonderlijke verzekeraars. Als de gemiddelde bruto schadelast per verzekerde van een bepaalde verzekeringsmaatschappij telkens systematisch sterker evolueert dan de medische index, kan bij deze maatschappij het evenwicht tussen de geïnde premies en de schadelasten verstoord raken. Andersom geldt ook dat sommige maatschappijen een reserve kunnen opbouwen.

Ook werd vastgesteld dat indien de bruto schadelast per verzekerde verschilt tussen verzekeraars onderling, een verschillende evolutie van het aantal verzekerden een ongewenste impact kan hebben op de evolutie van de medische index. Tabel 5 geeft hiervan een fictief voorbeeld weer. Hierbij wordt uitgegaan van een eenvoudig voorbeeld met twee verzekeraars die elk een verschillende evolutie van het aantal verzekerden kennen in combinatie met een verschillende bruto schadelast per verzekerde. Tussen tijdstip 1 (t1) en tijdstip twee (t2) verdubbelt het aantal verzekerden bij verzekeraar 1 en vervijfvoudigt het aantal verzekerden bij verzekeraar 2. De bruto schadelast per verzekerde blijft voor verzekeraar 1 constant op 5 en voor verzekeraar 2 constant op 300. In principe zou de medische index berekend op basis van de cijfers van deze twee verzekeraars moeten constant blijven. Door het feit dat de evolutie van het aantal verzekerden en de bruto schadelast per verzekerde erg verschillend zijn, neemt echter de basis index (en dus ook de medische index) toe met 41,5%, wat niet met de realiteit overeenkomt. Het betreft hier natuurlijk een extreem voorbeeld. In dit voorbeeld neemt de basis index toe, het omgekeerde kan ook voorkomen.

Tabel 5. Fictief voorbeeld impact verschillende bruto schadelast per verzekerde

Fictief voorbeeld	Verzekeraar 1		Verzekeraar 2		Totaal	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Aantal verzekerden	10	20	10	50	20	70
Brutoschadelast	50	100	3000	15000	3050	15100
Brutoschadelast/verzekerde	5	5	300	300	152,5	215,7
Basisindex	100	100	100	100	100	141,5

De grote verschillen tussen de verschillende verzekeraars kunnen mogelijk ook samenhangen met het feit dat de verzekeringsmaatschappijen hun ziekteverzekeringsproducten moeten toewijzen aan het waarborgtype dat het zwaarste doorweegt in de berekening van de jaarpremie. De facturen die aan deze producten gelinkt zijn, kunnen echter betrekking hebben op verschillende waarborgtypes. Zo kunnen bijvoorbeeld verzekerden met een bepaald ziekteverzekeringsproduct kiezen voor zowel een eenpersoonskamer als een twee- en meerpersoonskamer. De factuur kan dus betrekking hebben op beide kamertypes. Voor de berekening van de medische index, is het product echter aan één bepaald waarborgtype toegewezen. De bruto schadelast van dit waarborgtype kan aldus facturen van verschillende waarborgtypes bevatten. De evolutie van de medische index per waarborgtype geeft dan ook niet de exacte evolutie weer van de onderliggende kosten voor dit waarborgtype.

De waarborgtypes ambulante zorg en tandverzorging hebben betrekking op relatief recente ziekteverzekeringsproducten. Het aantal verzekerden is bij de meeste verzekeringsmaatschappijen dan ook nog in volle ontwikkeling. Verze-

¹⁶ In hoofdstuk 2.4.2. wordt net vastgesteld dat de ziekenhuisfactuur voor een eenpersoonskamer in de periode 2012-2014 sterk is toegenomen, daar waar de verzekeringsmaatschappijen in deze periode geen beroep konden doen op de specifieke indexcijfers die de evolutie van de medische kosten opvolgen.

kerden die pas aansluiten dienen vaak een wachttijd te doorlopen. Deze wachttijden als ook het verschil in evolutie van het aantal verzekerden en het verschil in verzekeringsproducten bij de verschillende verzekeringsmaatschappijen vertekenen de medische index voor de waarborgtypes ambulante zorg en tandverzorging.

Voorgaande elementen werden onderzocht, maar gaven geen sluitende verklaring voor de sterk verschillende evolutie van de bruto schadelast per verzekerde tussen de verzekeringsmaatschappijen onderling. Andere factoren blijken dus ook een rol te spelen. De regio waar de verzekeraars actief zijn kan eventueel een invloed hebben. Zo verschilt het supplementenbeleid en de evolutie ervan sterk per regio, wat in het hoofdstuk '2.4.2. Gemiddelde kosten per opname in een eenpersoonskamer' aan bod komt. Ook de bezochte ziekenhuizen kunnen een invloed hebben op de bruto schadelast per verzekerde van de verschillende verzekeringsmaatschappijen. Zo heeft elk ziekenhuis zijn eigen beleid wat betreft het aanrekenen van supplementen en de wijziging hiervan. De producten van de verzekeraars kunnen onderling ook sterk verschillen, bijvoorbeeld het soort dekking, de aangerekende franchise,

III.2. Kostprijs van een ziekenhuisopname

In dit hoofdstuk wordt getracht de evolutie van de kosten van een ziekenhuisopname te analyseren. Het zijn immers deze kosten die mede aan de basis liggen van de medische index voor de waarborgtypes eenpersoonskamer en twee- of meerpersoonskamer. Het is echter niet mogelijk om een parallel te trekken tussen beide evoluties. De medische index wordt enerzijds berekend als de verhouding tussen de bruto schadelast en het aantal verzekerden, waarbij de bruto schadelast, naast ziekenhuisfacturen, ook ambulante kosten voor en na de hospitalisatie bevat en kosten voor zware ziekten waarbij niet altijd een opname nodig is. De kostprijs van een ziekenhuisopname wordt dan weer berekend als een gemiddelde per patiënt (en niet per verzekerde). Ook de tijdsperiode verschilt. Bij de medische index geldt de periode oktober J-2 – september J-1, tegenover de periode januari J – december J voor kostprijs van een ziekenhuisopname. Daarnaast spelen ook nog de inconsistenties bij de berekening van de medische index een rol, bijvoorbeeld het probleem van rapporteringsvervuiling waarbij er vermenging is van verschillende facturen binnen een waarborgtype. Voor meer informatie zie focus 1 'Doorlichting van de huidige index'. De medische index is tot slot gebaseerd op gegevens betreffende niet-beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen (individuele contracten), daar waar de gegevens die in dit hoofdstuk worden geanalyseerd, gebaseerd zijn op gegevens van alle ziekenhuisopnames (met en zonder hospitalisatieverzekering).

Aangezien de hoogte van een ziekenhuisfactuur in de eerste plaats afhangt van de kamerkeuze van de patiënt, komt de wetgeving omtrent de aanrekening van supplementen ook in deze studie aan bod.

III.2.1. Methodologie en bronnen

In 2016 heeft het InterMutualistisch Agentschap (IMA) een studie gepubliceerd over de ereloon-supplementen tijdens een ziekenhuisverblijf. Deze studie is gebaseerd op het geheel van geneeskundige verstrekkingen terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering in België. De studie geeft voornamelijk informatie over 2015 voor wat betreft gegevens van de ziekenhuizen en over 2014 voor wat betreft gegevens van patiënten¹⁷. Een aantal gegevens over ereloon-supplementen worden vergeleken met gegevens uit 2006.

De Christelijke en Socialistische mutualiteiten publiceren jaarlijks een barometer van de ziekenhuisfactuur. Deze barometers zijn gebaseerd op patiëntfacturen van hun leden. Op basis van deze facturen wordt een analyse gemaakt van de evolutie van de verschillende kosten van een ziekenhuisfactuur, waaronder ereloon- en kamersupplementen. Deze barometers worden sinds respectievelijk 2004 en 2002 gepubliceerd waardoor een historiek beschikbaar is. Anders dan bij de studie van het IMA, zijn deze statistieken gebaseerd op facturen van de leden, waardoor deze informatie

¹⁷ De studie omvat enerzijds een analyse over het supplementenbeleid op niveau van de verstrekker, volgens conventiestatuut en specialisme, anderzijds een analyse van het supplementenbeleid op niveau van het ziekenhuis. Deze analyses zijn gebaseerd op gegevens van 2015. In een tweede deel is ook een analyse opgenomen van de impact van het supplementenbeleid op de kosten van de patiënt. Deze analyse is gebaseerd op gegevens van 2014. Zie link: <https://ima-aim.be/Ereloon-supplementen-in>

niet exhaustief is. De Christelijke Mutualiteit (CM) is voornamelijk actief in Vlaanderen, terwijl de Socialistische Mutualiteiten voornamelijk haar ledenbestand haalt uit Wallonië.

De laatst beschikbare CM-ziekenhuisbarometer is de veertiende ziekenhuisbarometer van 2018¹⁸. Deze laatste CM-ziekenhuisbarometer is echter enigszins anders opgevat dan de voorgaande barometers, waarbij niet dezelfde graad van detail wordt weergegeven betreffende de verschillende componenten van een ziekenhuisfactuur. Daar waar mogelijk wordt in deze analyse gebruik gemaakt van deze meest recente gegevens. Deze barometer is gebaseerd op gegevens van ongeveer 1,5 miljoen ziekenhuisopnames van CM-leden. Ook de laatst beschikbare ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten dateert van 2018 en analyseert gegevens van 2017¹⁹. Deze barometer is gebaseerd op de facturatiegegevens van 529.345 ziekenhuisverblijven van leden van de Socialistische Mutualiteiten in 2017. Voor een analyse van de evolutie van verschillende kostenposten van een ziekenhuisfactuur wordt naast de meest recente ziekenhuisbarometers, ook gebruik gemaakt van voorgaande barometers.

III.2.2. Een overzicht van het aantal ziekenhuisopnames in België

Volgens de IMA-studie waren er 1.796.026 klassieke ziekenhuisverblijven in 2014 in België. 21 % hiervan betrof overnachtingen in een eenpersoonskamer. De meerderheid van de opnames gebeurt nog steeds in een twee- of meerpersoonskamer. Verschillende bronnen bevestigen dat het aandeel opnames in eenpersoonskamers toeneemt. Op basis van de CM-ziekenhuisbarometer bedroeg dit aandeel in 2016 al 23 %.

Naast de klassieke opnames, zijn er ook dagopnames. Volgens de CM neemt het aantal dagopnames sneller toe dan het aantal klassieke opnames. In 2016 kwam het aantal dagopnames uit op 1,7 miljoen en het aantal klassieke opnames op 1,9 miljoen. Bij dagopnames is het aandeel eenpersoonskamer veel kleiner, namelijk 4,7 % in 2016.

In 2016 bedroeg de gemiddelde ligduur bij een klassieke opname 7,6 dagen volgens de CM-barometer. In 2012 bedroeg dit nog 8,1 dagen. Het aantal dagen per opname daalde de afgelopen jaren zowel bij opnames in eenpersoonskamers als bij twee- of meerpersoonskamers en dit bij de verschillende diensten in ziekenhuizen.

III.2.3. De verschillende componenten van de ziekenhuisfactuur

De bruto schadelast voor de berekening van de medische index voor de waarborgtypes eenpersoonskamer en twee- en meerpersoonskamer bestaat uit de ziekenhuisfactuur verminderd met de tussenkomst van het RIZIV. Dit houdt dus in dat deze bruto schadelast alle kosten omvat die door het ziekenhuis worden aangerekend aan de patiënt, waarbij geen rekening wordt gehouden met wat effectief door de hospitalisatieverzekering wordt terugbetaald.

Sinds 1 oktober 2016 zijn ziekenhuizen verplicht een vast model van patiëntenfactuur te gebruiken²⁰.

De patiëntenfactuur bestaat uit acht grote rubrieken:

Verblijfskosten

De verblijfskosten omvatten de kosten voor het verblijf zoals het gebruik van de kamer en het bed, de maaltijden en de verpleegkundige verzorging. Dit is de ligdagprijs of de verpleegdagprijs. De patiënt betaalt hier slechts een klein persoonlijk aandeel van. De verplichte ziekteverzekering via het ziekenfonds draagt deze kost grotendeels. Het bedrag dat ten laste is van de patiënt is door het RIZIV vastgelegd en wordt bepaald door het statuut van de patiënt.

Indien de patiënt voor een eenpersoonskamer heeft geopteerd, mag het ziekenhuis kamersupplementen aanrekenen. Deze kamersupplementen zijn een vast bedrag per opnamedag en de bedragen zijn bepaald in de opnameverklaringen van de ziekenhuizen. Er is geen wettelijk maximum vastgelegd voor wat betreft deze kamersupplementen. Kamersupplementen zijn daarentegen wel verboden in twee- en meerpersoonskamers.

¹⁸ https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-rapport_tcm47-55397.pdf.

¹⁹ <https://www.bondmoyson.be/SiteCollectionDocuments/Pers%20en%20studiedienst/300/Ziekenhuisbarometer%202018%2026112018.pdf>.

²⁰ <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/Paginas/omzendbrieven-algemeen-ziekenhuis.aspx>.

Box: Wetgeving in verband met supplementen bij een klassieke ziekenhuisopname²¹

Ziekenhuizen mogen bij een klassieke ziekenhuisopname twee soorten supplementen aanrekenen, namelijk kamersupplementen en ereloonsupplementen. De aanrekening van deze supplementen kan enkel wanneer de patiënt gekozen heeft voor een eenpersoonskamer. In een aantal specifieke gevallen is het echter ook niet toegelaten supplementen in een eenpersoonskamer aan te rekenen, bijvoorbeeld indien de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van het onderzoek een eenpersoonskamer vereisen.

Kamersupplementen

Een kamersupplement is een bedrag dat het ziekenhuis vrij kan aanrekenen bovenop de normale verpleegdagprijs en dat door het ziekenfonds niet wordt terugbetaald. Sinds 1 januari 2010 mogen ziekenhuizen geen kamersupplementen meer aanrekenen bij een opname in twee- en meerpersoonskamers. In een eenpersoonskamer mag een ziekenhuis wel nog kamersupplementen aanrekenen. Dit is een vast bedrag per opnamedag dat door de ziekenhuizen vrij mag bepaald worden, maar dit dient in de opnameverklaring vermeld te zijn. Op basis van informatie van Statbel schommelen deze bedragen meestal tussen 30 euro en 50 euro per dag met een maximum van 190 euro per opnamedag.

Ereloonsupplementen

Een ereloonsupplement is een bedrag dat de arts kan aanrekenen bovenop het basistarief (honorarium) voor een verstrekking. Zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde artsen mogen ereloonsupplementen aanrekenen bij een ziekenhuisopname in eenpersoonskamers. Sinds 1 januari 2013 is het verboden om ereloonsupplementen aan te rekenen in twee- en meerpersoonskamers bij een klassieke ziekenhuisopname. Bij daghospitalisatie is er sinds 1 juli 2015 een verbod op ereloonsupplementen in twee- en meerpersoonskamers. Bij ambulante zorgen buiten het ziekenhuis mogen niet-geconventioneerde artsen ereloonsupplementen aanrekenen, in tegenstelling tot geconventioneerde artsen die de vastgelegde tarieven aanrekenen. Een arts is verplicht zijn conventiestatuut te afficheren, niet de hoogte van de aangerekende ereloonsupplementen.

Ereloonsupplementen worden meestal uitgedrukt in een percentage. Een ereloonsupplement van 100 % houdt in dat bovenop het basistarief nog eens een identiek bedrag wordt bijgerekend. Van de ereloonsupplementen betaalt de verplichte ziekteverzekering via de ziekenfondsen niets terug. Het maximaal aangerekende percentage ereloonsupplementen mag vrij bepaald worden, maar dient opgenomen te zijn in de opnameverklaring van het ziekenhuis. De maximale percentages ereloonsupplementen variëren in de praktijk tussen 100 % en 300 %. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de artsen - specialisten niet altijd deze maximale percentages aanrekenen, maar wel een lager percentage.

Forfaitair aangerekende kosten

Een ziekenhuis mag forfaitaire kosten aanrekenen per opname, ongeacht of gebruik gemaakt werd van deze diensten of niet. Deze forfaits worden aan iedereen aangerekend om de kosten te spreiden en zodoende te drukken.

Er kunnen vier forfaits aangerekend worden, namelijk voor klinische biologie, medische beeldvorming, medische wachtdienst en technische verstrekkingen en geneesmiddelen²². Het forfait voor geneesmiddelen geldt voor terugbetaalbare geneesmiddelen.

²¹ Bij ambulante zorgen in een ziekenhuis kan een patiënt kiezen voor een geconventioneerde arts of een niet-geconventioneerde arts. Een geconventioneerde arts aanvaardt het tarievenakkoord van de ziekenfondsen en rekt de officiële tarieven aan zonder supplementen. Niet-geconventioneerde artsen bepalen zelf hun erloon en kunnen dus bovenop de officiële tarieven supplementen aanrekenen.

²² Het forfait voor klinische biologie bedraagt 7,44 euro, voor medische beeldvorming 6,20 euro, en voor medische wachtdienst en technische verstrekkingen 16,40 euro, telkens per opname. Het forfait geneesmiddelen bedraagt 0,62 euro per opnamedag. Deze tarieven zijn in de beschouwde periode niet gewijzigd.

Apotheekkosten

In tegenstelling tot bij het forfait, vallen onder deze rubriek de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen die de patiënt effectief gekregen heeft, alsook parafarmaceutische producten, implantaten en prothesen.

Honoraria van de zorgverstreker

Bovenop de verpleegdagprijs en de kostprijs van de geneesmiddelen komen de honoraria voor de verstrekkingen die de arts verricht. Voor sommige honoraria is er geen remgeld en betaalt de patiënt dus niets. Voor de meeste honoraria dient echter wel een persoonlijk aandeel of remgeld betaald te worden.

Indien voor een eenpersoonskamer geopteerd werd kunnen ook ereloon-supplementen aangerekend worden (zie ook de Box: 'Wetgeving in verband met supplementen bij een klassieke ziekenhuisopname'). In het kader van een ziekenhuisopname mogen zowel geconventioneerde als niet-geconventioneerde artsen ereloon-supplementen aanrekenen bij een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer.

Andere leveringen

Deze rubriek van de ziekenhuisfactuur bevat de kosten voor producten zoals bloed, bloedderivaten, gipsmateriaal, radio-isotopen, moedermelk en ontsmettende baden. Ze vallen gedeeltelijk of volledig ten laste van de patiënt.

Ziekenvervoer

Deze rubriek bevat de kosten voor dringend en niet-dringend vervoer, verricht door het ziekenhuis. De kosten voor dringend ziekenvervoer zijn wettelijk bepaald.

Diverse kosten

In deze rubriek van de ziekenhuisfactuur staan de kosten voor producten die niets met de medische zorg te maken hebben. Het gaat onder meer over het gebruik van de telefoon en de huur van een koelkast of televisie. Ook de "hotelkosten" van een begeleidend persoon worden hierin opgenomen. Ziekenhuizen moeten een lijst met deze tarieven ter beschikking stellen.

Btw

Sommige artsen worden onderworpen aan de btw. Op bijvoorbeeld esthetische ingrepen, die niet terugbetaald worden door de ziekteverzekering, dient sinds 1 januari 2016 btw betaald te worden.

III.2.4. Evolutie van de kostprijs van een ziekenhuisfactuur

In het voorgaande hoofdstuk werd een overzicht gegeven van de verschillende rubrieken van een ziekenhuisfactuur. In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de studie van het IMA (met gegevens voor 2014 voor patiëntengegevens en 2015 voor gegevens van ziekenhuizen), de ziekenhuisbarometers van de Christelijke en Socialistische mutualiteiten (met gegevens van 2012 tot 2017)²³ en de officiële tarieven van het RIZIV getracht een beeld te geven van het belang van de verschillende componenten in de totale ziekenhuisfactuur en van de evolutie ervan. In de tekst wordt daar waar mogelijk de analyseperiode 2012-2017 gebruikt om het effect van het afschaffen van ereloon-supplementen in een twee- of meerpersoonskamer te kunnen analyseren.

In de analyse op basis van de CM-ziekenhuisbarometers werden de verschillende kostenposten in volgende groepen ingedeeld: 'honoraria' (waarin alle remgelden op honoraria vervat zitten), 'supplementen op honoraria', 'verpleegdagprijs (remgeld)', 'kamersupplementen', apotheekkosten (niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, remgeld op materiaal en niet-terugbetaalbaar materiaal) en 'diverse' (waarin o.a. diverse supplementen en forfaitair aangerekende kosten vervat zitten). De ziekenhuisbarometers van de Socialistische Mutualiteiten geven echter niet dezelfde graad van detail

²³ De gegevens voor 2014 ontbreken in de ziekenhuisbarometers van de Socialistische Mutualiteiten.

weer. Anderzijds geven zij wel informatie betreffende de regionale verschillen in een ziekenhuisfactuur, wat niet het geval is bij de ziekenhuisbarometers van de CM.

III.2.4.1. Gemiddelde kosten per opname ten laste van de gehospitaliseerde patiënt

Volgens de ziekenhuisbarometer van de CM betaalde een patiënt in 2016 voor een ziekenhuisopname 562 euro gemiddeld over alle kamertypes heen. De bedragen die terugbetaald worden via de verplichte ziekteverzekering zitten hierin dus niet meer vervat. 63 % van het bedrag dat de patiënt betaalt, bestaat uit supplementen tegenover 37 % voor remgelden.

Op basis van de ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten bedroeg de gemiddelde factuur voor een patiënt 499 euro in 2017 in België. Volgens deze gegevens betaalde men in Vlaanderen gemiddeld 470 euro, 500 euro in Wallonië en maar liefst 585 euro in Brussel. Net als volgens de Christelijke ziekenhuisbarometer zijn de supplementen in een Belgische factuur verantwoordelijk voor 63 %, tegenover 37 % voor het remgeld. In Brussel nemen de supplementen met 68 % een groter aandeel in, tegenover 60 % in Vlaanderen en 63 % in Wallonië.

Aangezien de ziekenhuisfactuur sterk verschillend is al naargelang de kamerkeuze, is de analyse hieronder opgesplitst volgens kamerkeuze.

Het is belangrijk op te merken dat de gepresenteerde cijfers gemiddelden zijn voor de ganse sector. Bovendien wordt de kostenevolutie beïnvloed door een prijscomponent, een volumecomponent (in de analyse werd reeds een daling van het gemiddeld aantal ligdagen opgemerkt) als een kwaliteitscomponent (het gebruik van bijvoorbeeld innovatieve medicamenten en nieuwe therapieën doet de gemiddelde kostprijs ook toenemen). In de gebruikte statistieken is het echter niet mogelijk deze verschillende componenten te onderscheiden.

III.2.4.2. Gemiddelde kosten per opname in een eenpersoonskamer

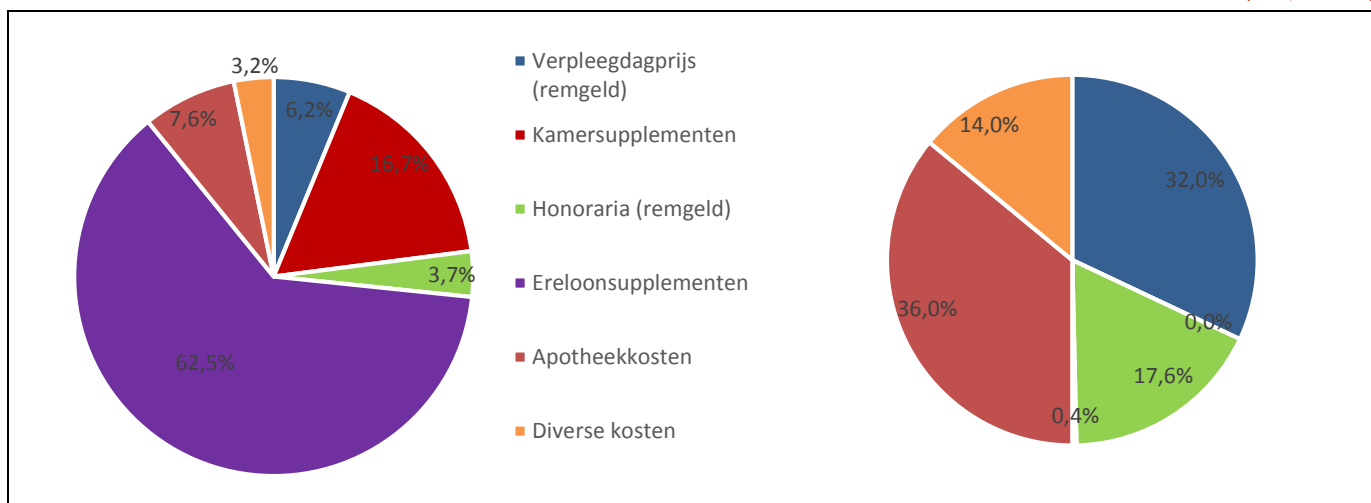
Volgens de studie van het IMA kostte een ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer gemiddeld 1.655 euro in 2014 (ter vergelijking: volgens de ziekenhuisbarometer van de Christelijke Mutualiteit was dit gemiddeld 1.461 euro in 2014, maar dit is enkel gebaseerd op facturen van CM-leden)²⁴. Er is geen ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten beschikbaar met gegevens voor 2014. In 2017 betaalde een patiënt voor een opname in een eenpersoonskamer reeds gemiddeld 1.553 euro volgens de CM-barometer en 1.798 euro volgens de ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten.

Uit grafiek 3, die de aandelen van de kostencomponenten in de totale factuur weergeeft op basis van de 13^e CM-ziekenhuisbarometer, blijkt dat 62,5 % van een ziekenhuisfactuur voor een opname in een eenpersoonskamer in 2016 bepaald wordt door ereloon-supplementen. Nog eens 16,7 % van de totale factuur was voor rekening van kamersupplementen. Dit betekent dat deze twee supplementen maar liefst 79,2 % van de totale ziekenhuisfactuur vertegenwoordigden in 2016. De apotheekkosten (niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, remgeld op materiaal en niet-terugbetaalbaar materiaal) bepaalden 7,6 % van de totale ziekenhuisfactuur. Het remgeld voor de verpleegdagprijs vertegenwoordigde 6,2 % van de totale factuur, gevolgd door het remgeld op honoraria, goed voor 3,7 % van de totale factuur. De overige 3,2 % van de totale factuur is op rekening van diverse, zoals diverse supplementen en forfaitair aangerekende kosten.

²⁴ De Christelijke Mutualiteit heeft een ledenbestand dat voornamelijk uit Vlaanderen komt. De Socialistische Mutualiteiten heeft dan weer voornamelijk leden in Wallonië.

Grafiek 3. Aandeel van de verschillende componenten van een ziekenhuisfactuur voor een verblijf in een eenpersoonskamer (links) en een twee- of meerpersoonskamer (rechts)

(In %, in 2016)

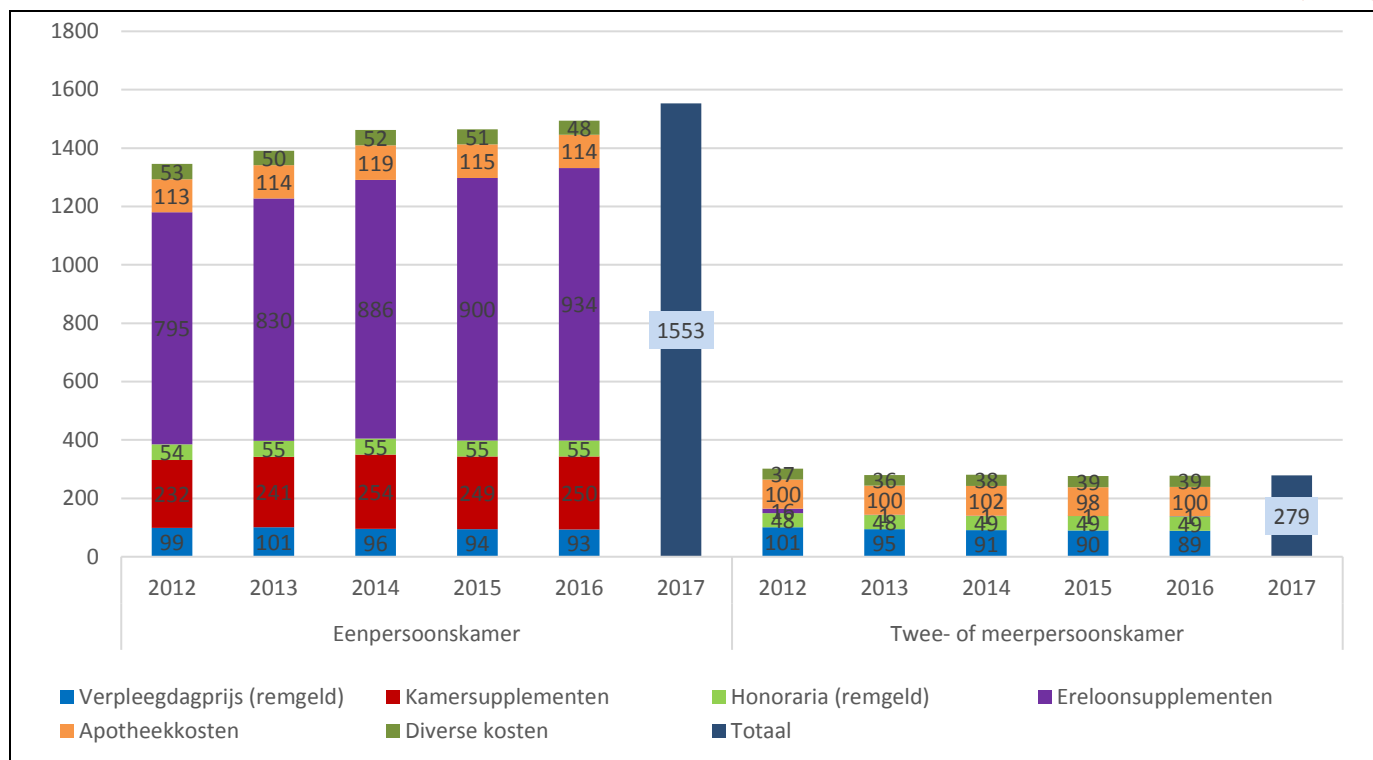


Bron: Ziekenhuisbarometer Christelijke Mutualiteit.

Grafiek 4 geeft de evolutie weer van de gemiddelde ziekenhuisfactuur en de onderliggende componenten in een eenpersoonskamer en een twee- of meerpersoonskamer tussen 2012 en 2017 volgens de CM-ziekenhuisbarometers. In 2016 betaalde een patiënt gemiddeld 1.494 euro voor een ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer. In 2017 was dit verder opgelopen tot 1.553 euro. Tussen 2012 en 2017 is deze factuur met 15,3 % toegenomen (GJG 2,9 %, +6,1 % tussen 2015 en 2017). De grootste toename deed zich voor in 2014, toen de factuur met gemiddeld 5,1 % steeg. In 2017 is dit bedrag met 3,9 % gestegen. De ereloonsupplementen bedroegen 934 euro in 2016. Nog eens 250 euro was voor rekening van kamersupplementen. De evolutie van deze kostenposten, alsook de overige kostenposten worden in de volgende deelhoofdstukken besproken.

Grafiek 4. Verloop van de ziekenhuisfactuur en onderliggende componenten voor een klassieke verblijf in een eenpersoonskamer en twee- of meerpersoonskamer²⁵

(In euro)



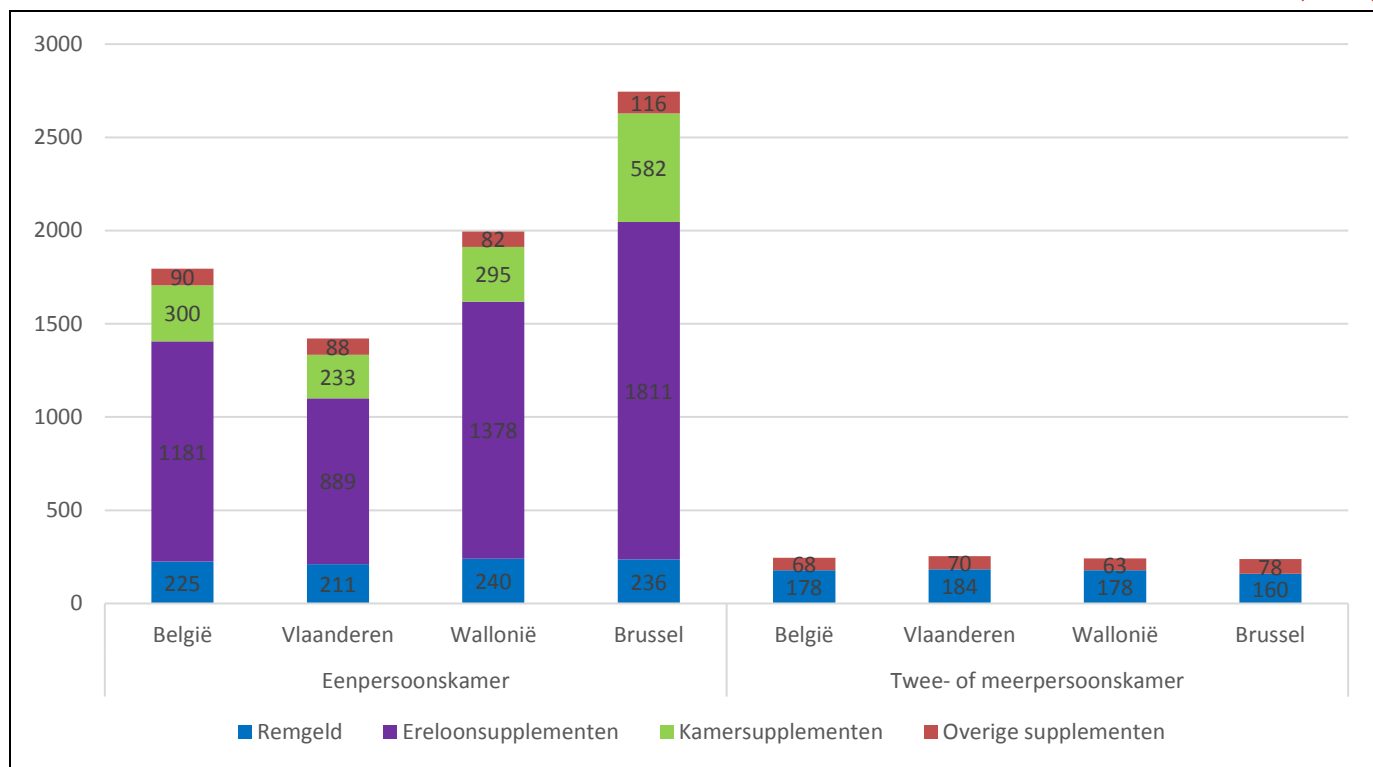
Bronnen: Ziekenhuisbarometers Christelijke Mutualiteit.

In grafiek 5 wordt de gemiddelde kostprijs per regio weergegeven voor een opname in een eenpersoonskamer of een twee- of meerpersoonskamer volgens de gegevens van de ziekenhuisbarometer 2018 van de Socialistische Mutualiteiten. Volgens deze gegevens bedroeg in 2017 een gemiddelde patiëntenfactuur voor een klassiek ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer 1.798 euro in België. Ten opzichte van 2012 betekent dit een stijging van 34,6 % (+5,7 % ten opzichte van 2015). 66 % van deze factuur in 2017 wordt bepaald door ereloonsupplementen, gevolgd door 17 % voor kamersupplementen. Het aandeel van remgeld bedroeg 13 %. In deze barometer wordt ook de gemiddelde factuur berekend voor de drie Gewesten. In 2017 betaalde een patiënt voor een ziekenhuisverblijf in een Brussels ziekenhuis maar liefst 2.747 euro, tegenover 1.426 euro in een Vlaams ziekenhuis. In Wallonië bedroeg de gemiddelde kostprijs voor een ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer 2.000 euro. Deze facturen zijn met respectievelijk 15,2 %, 29,6 % en 34,2 % toegenomen ten opzichte van 2012. De ereloonsupplementen bedroegen in Brussel 1.811 euro, wat goed is voor een aandeel van 66 %. In Wallonië namen de ereloonsupplementen maar liefst 69 % van de totale factuur voor hun rekening, wat overeenkomt met 1.378 euro. In Vlaanderen liggen de ereloonsupplementen het laagst, met 889 euro of 62 % van de totale factuur. Kamersupplementen zijn de tweede belangrijkste kostenpost in een patiëntenfactuur voor een eenpersoonskamer. In Brussel bedroegen de kamersupplementen in 2017 gemiddeld 582 euro, ofwel 21 % van de totale factuur. In Wallonië en Vlaanderen was dit respectievelijk 295 euro en 233 euro, of respectievelijk 15 % en 16 % van de totale factuur.

²⁵ De 14^e CM Ziekenhuisbarometer geeft in tegenstelling tot de voorgaande jaren niet meer dezelfde graad van detail weer.

Grafiek 5. Gemiddelde patiëntenfactuur voor een klassieke opname in een eenpersoonskamer en een twee- of meerpersoonskamer in 2017

(In euro)



Bron: Ziekenhuisbarometer 2018 Socialistische Mutualiteiten.

Ereloonsupplementen (62,5 % van de factuur in een eenpersoonskamer in 2016 volgens de ziekenhuisbarometer CM)

Zoals eerder vermeld zijn de ereloonsupplementen de belangrijkste kostenpost op de patiëntenfactuur voor een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer. Honorariumsupplementen bedroegen in 2016 volgens de ziekenhuisbarometer van de CM gemiddeld 934 euro voor een opname in een eenpersoonskamer, tegenover 1.107 euro volgens de ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten. In 2017 is dit volgens de ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten opgelopen tot 1.181 euro.

Tussen 2012 en 2016 zijn deze supplementen volgens de CM-ziekenhuisbarometer met maar liefst 17,5 % toegenomen (GJG 4,1 %). Voornamelijk in 2014 en 2013 zijn deze sterk toegenomen, met respectievelijk 6,7 % en 4,4 %. Vanaf 2013 mogen geen ereloonsupplementen meer aangerekend worden in een twee- of meerpersoonskamer, waardoor dit waarschijnlijk heeft gezorgd voor een verschuiving en dus een extra toename van deze supplementen in eenpersoonskamers. Echter ook in 2016 zijn deze met nog eens 3,8 % gestegen.

Op basis van de gegevens van de Socialistische Mutualiteiten blijkt dat de aangerekende ereloonsupplementen in Brussel merkbaar hoger liggen dan in de andere regio's. Zo bedroeg het gemiddelde supplement 1.811 euro in 2017 in een Brussels ziekenhuis, tegenover 889 euro in Vlaanderen en 1.378 euro in Wallonië. Ten opzichte van 2013 (gegevens voor 2012 ontbreken) zijn deze ereloonsupplementen met respectievelijk 20,2 %, 42 % en 34,8 % gestegen. De gemiddeld aangerekende ereloonsupplementen lagen in een Brussels ziekenhuis in 2017 dus meer dan dubbel zo hoog als in Vlaanderen.

De ziekenhuisbarometer van de Socialistische Mutualiteiten geeft ook informatie over de werkelijk aangerekende ereloon-supplementen²⁶. In 2017 bedroeg het gemiddelde ereloon-supplement in België 150 % van het conventietarief, 3 procentpunt hoger dan in 2016. In 2012 bedroeg het werkelijk aangerekende ereloon-supplement nog maar 132 % van het conventietarief. In Vlaanderen kwam het gemiddelde ereloon-supplement in 2017 uit op 118 % van het conventietarief, 4 procentpunt hoger dan in 2016 en 13 procentpunt hoger dan in 2012. In Wallonië en Brussel ligt het percentage aangerekende ereloon-supplementen merkbaar hoger. In Wallonië rekenden de ziekenhuizen in 2017 gemiddeld 176 % van het conventietarief aan als ereloon-supplementen, 4 procentpunt hoger dan in 2016 en 28 procentpunt hoger dan in 2012. In Brussel werd in 2017 meer dan het dubbele van het conventietarief aangerekend als ereloon-supplementen, namelijk 209 %. De stijging ten opzichte van de voorgaande jaren is in dit gewest echter beperkter, respectievelijk 3 procentpunt en 4 procentpunt hoger dan in 2016 en 2012.

Kamersupplementen (16,7 % van de factuur in een eenpersoonskamer in 2016 volgens de ziekenhuisbarometer CM)

Na de ereloon-supplementen, zijn de kamersupplementen de tweede belangrijkste kostenpost op een patiëntenfactuur bij een ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer. Uit de gegevens van de CM-ziekenhuisbarometer blijkt dat de kamersupplementen in 2016 gemiddeld 250 euro bedroegen bij een ziekenhuisverblijf in een eenpersoonskamer. Tussen 2012 en 2016 zijn deze supplementen met 7,8 % toegenomen (GJG 1,9 %). Net als de ereloon-supplementen zijn de kamersupplementen voornamelijk toegenomen in 2014 en 2013 (respectievelijk +5,4 % en +3,9 %).

Volgens de Socialistische Mutualiteiten bedroegen de kamersupplementen gemiddeld 300 euro in 2017. Brusselse ziekenhuizen rekenden gemiddeld 582 euro aan kamersupplementen aan in 2017. Waalse en Vlaamse ziekenhuizen rekenen beduidend minder kamersupplementen aan (respectievelijk gemiddeld 295 euro en 233 euro voor een opname in een eenpersoonskamer in 2017).

Uit eigen berekeningen op basis van gegevens van Statbel blijkt dat Belgische ziekenhuizen een gemiddeld kamersupplement van 56,54 euro per opnamedag aanrekenden in 2018 (zie tabel 6). Brusselse ziekenhuizen rekenden gemiddeld 127,75 euro per opnamedag aan, daar waar dit voor Waalse ziekenhuizen gemiddeld 58,16 euro was en 47,88 euro in Vlaamse ziekenhuizen. Eén Brussels ziekenhuis rekent met 190 euro per opnamedag het hoogste kamersupplement aan. Twee Vlaamse ziekenhuizen hebben met 32,64 euro per opnamedag het laagste kamersupplement. Tussen 2012 en 2018 zijn de kamersupplementen met gemiddeld 23,4 % gestegen in België, wat overeenkomt met een jaarlijkse gemiddelde groei van 3,6 %²⁷. In Vlaamse ziekenhuizen zijn deze met gemiddeld 27,2 % opgetrokken, wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse groei van 4,1 %. In Brusselse ziekenhuizen zijn de kamersupplementen met 26,9 % toegenomen (GJG 4,1 %), tegenover 19,1 % in Waalse ziekenhuizen (GJG 3,0 %). In Vlaanderen zijn de kamersupplementen voornamelijk in 2014 en 2018 opgetrokken, met respectievelijk 7,6 % en 6,7 %. Brusselse ziekenhuizen hebben in dezelfde jaren de kamersupplementen sterk opgetrokken, met 15,2 % in 2014 en met 8,5 % in 2018. In Waalse ziekenhuizen zijn de kamersupplementen voornamelijk in 2016 verhoogd, met 6,1 %.

Tabel 6. Gemiddelde kamersupplementen per opnamedag

(In euro, tenzij anders vermeld)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Gecumuleerde evolutie 2012-2018 (in %)	GJG 2012 – 2018 (in %)
België	45,81	46,51	49,79	50,71	52,49	53,89	56,54	23,4	3,6
Brussel	100,64	102,25	117,75	117,75	117,75	117,75	127,75	26,9	4,1
Vlaanderen	37,64	38,53	41,45	42,32	43,07	44,87	47,88	27,2	4,1
Wallonië	48,82	49,17	51,42	52,50	55,71	56,80	58,16	19,1	3,0

Bron: Eigen berekeningen op basis van gegevens van Statbel.

²⁶ In de opnameverklaring van een ziekenhuis is het maximaal percentage ereloon-supplementen opgenomen dat een ziekenhuis mag aanrekenen. Een ziekenhuis rekent echter niet altijd dit maximaal percentage aan. De werkelijk aangerekende ereloon-supplementen geven aan wat de ziekenhuizen gemiddeld aan ereloon-supplementen aanrekenen.

²⁷ Tussen 2012 en 2016 was de GJG 3,5 %, de beperktere stijging volgens de ziekenhuisbarometer van de CM is dus een gevolg van daling van het aantal ligdagen.

Apotheekkosten (7,6 % van de factuur in een eenpersoonskamer in 2016 volgens de ziekenhuisbarometer CM)

Apotheekkosten bestaan uit remgeld op materiaal²⁸, kosten voor niet-terugbetaalbaar materiaal en uit niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.

Het remgeld op materiaal en niet-terugbetaalbaar materiaal bedroeg volgens de CM-barometer respectievelijk gemiddeld 72 euro en 6 euro per opname in 2016. Tussen 2012 en 2016 zijn beide categorieën licht gewijzigd. Het remgeld op materiaal is licht toegenomen (70 euro in 2012), terwijl het niet-terugbetaalbaar materiaal gedaald is (9 euro in 2012). Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden zoals eerder aangehaald volledig doorgerekend aan de patiënt en deze kost wordt opgenomen onder de apothekkosten. In 2016 bedroeg dit gemiddeld 36 euro bij een opname in een eenpersoonskamer. Dit is een zeer lichte stijging ten opzichte van 2012 toen dit 34 euro bedroeg. De lichte wijzigingen van de onderliggende rubrieken hebben ertoe geleid dat de apothekkosten amper gewijzigd zijn van 113 euro in 2012 naar 114 euro in 2016.

In de ziekenhuisbarometers van de Socialistische Mutualiteiten worden geen detailgegevens weergegeven voor deze kostenpost.

Verpleegdagprijs (6,2 % van de factuur in een eenpersoonskamer in 2016 volgens de ziekenhuisbarometer CM)

De verpleegdagprijs is in 2018 vastgelegd op 43,20 euro voor de eerste dag en 15,93 euro vanaf de tweede dag van hospitalisatie. Deze tarieven gelden voor personen zonder verhoogde tegemoetkoming. Beide tarieven worden telkens met 0,30 euro verhoogd indien in het voorgaande jaar de spilindex werd overschreden. In 2012 bedroegen beide tarieven respectievelijk 41,98 euro en 14,71 euro. Sindsdien is de spilindex vier keer overschreden, twee keer in 2012, in 2016 en in 2017. Deze tarieven zijn tussen 2012 en 2018 respectievelijk met 2,9 % en 8,3 % toegenomen.

Tabel 7. Overzicht tarieven verpleegdagprijs:

(In euro, tenzij anders vermeld)

	01/2012	01/2013	01/2014	01/2015	01/2016	01/2017	02/2017	01/2018	Gecumuleerde evolutie 2012-2018 (in %)	GJG 2012 – 2018 (in %)
Eerste dag	41,98	42,58	42,58	42,58	42,58	42,58	42,89	43,2	2,9 %	0,5
Vanaf tweede dag	14,71	15,31	15,31	15,31	15,31	15,31	15,62	15,93	8,3 %	1,3

Bron: RIZIV.

Volgens de gegevens van de CM-barometer is het remgeld op de verpleegdagprijs in de totale patiëntenfactuur voor een verblijf in een eenpersoonskamer gedaald van 99 euro in 2012 tot 93 euro in 2016. Deze daling is volledig toe te wijzen aan de daling van de ligduur, aangezien de vastgelegde tarieven voor de verpleegdagprijs in deze periode zijn toegenomen.

III.2.4.3. Gemiddelde kosten per opname in een twee- of meerpersoonskamer

Een ziekenhuisverblijf in een twee- of meerpersoonskamer kostte in 2016, volgens de CM-ziekenhuisbarometer, voor de patiënt slechts een vijfde ten opzichte van een ziekenverblijf in een eenpersoonskamer, zoals ook blijkt uit grafiek 4. Uit de ziekenhuisbarometer 2018 van de Socialistische Mutualiteiten blijkt dan weer dat een verblijf in een twee- of meerpersoonskamer een zesde kost van een verblijf in een eenpersoonskamer. In Vlaanderen bedraagt een factuur voor een verblijf in een tweepersoonskamer een vijfde van een factuur voor een verblijf in een eenpersoonskamer, tegenover net geen tiende in Brussel en 12 % in Wallonië.

In 2014 bedroeg de gemiddelde factuur voor een verblijf in een twee- of meerpersoonskamer gemiddeld 270 euro volgens de studie van het IMA. De CM-barometer kwam uit op een gemiddelde factuur van 281 euro. Uit gegevens van de CM blijkt, zoals weergegeven in grafiek 3, dat apothekkosten zoals niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en remgeld op materiaal de grootste kostenpost zijn bij een verblijf in een twee- of meerpersoonskamer (36 %). Het remgeld op de verpleegdagprijs bedroeg gemiddeld 89 euro, wat overeenkomt met 32 % van de totale factuur. Remgeld op honoraria

²⁸ Materiaal zijn vb. implantaten zoals heup- en knieprothesen, stents en pacemakers. Ook medische materialen zoals mini-camera's voor kijkbuisoperaties, katheters en hechtingsnietjes vallen onder deze categorieën.

bedroeg gemiddeld 17,6 % van de totale factuur. Kamersupplementen en honorariumsupplementen mogen op deze kamers niet meer aangerekend worden. In 2012 was het voor ziekenhuizen nog toegelaten om ereloonsupplementen aan te rekenen in een tweepersoonskamer. Dit bedroeg volgens de gegevens van de CM gemiddeld 16 euro per opname in 2012, wat neerkwam op een aandeel van 5,3 % van de totale factuur.

Tussen 2012 en 2017 is de gemiddelde factuur voor een ziekenhuisverblijf in een twee- of meerpersoonskamer volgens de CM-ziekenhuisbarometer met 7,9 % gedaald (van 302 euro in 2012 naar 279 euro in 2017, gemiddelde jaarlijkse groei van -1,6 %, +0,7 % tussen 2015 en 2017) (zie grafiek 4), vooral dus door de afschaffing van de honorariumsupplementen in een twee- of meerpersoonskamer in 2013 en door een daling van het remgeld op de verpleegdagprijs (als gevolg van een daling van het aantal ligdagen). Volgens de Socialistische Mutualiteiten zijn de regionale verschillen veel minder uitgesproken dan bij een opname in een eenpersoonskamer.

De Socialistische Mutualiteiten beperken zich in de ziekenhuisbarometers bij de gegevens betreffende de gemiddelde factuur voor een opname in een twee- of meerpersoonskamer tot de onderverdeling remgeld (waaronder de verpleegdagprijs valt alsook het remgeld op honoraria) en overige supplementen, (waaronder onder andere de apotheekkosten vallen evenals diverse supplementen zoals voor telefoon en tv). In 2017 bedroeg de onderverdeling 72 % voor de remgelden en 28 % voor de overige supplementen.

Apotheekkosten

De apotheekkosten die gemiddeld bij een opname in een twee of meerpersoonskamer worden aangerekend, zijn tussen 2012 en 2016 amper gewijzigd en bedroegen in beide jaren 100 euro volgens de ziekenhuisbarometers van de CM.

Het remgeld op het materiaal is licht toegenomen van 62 euro naar 64 euro terwijl de kosten voor niet-terugbetaalbaar materiaal zijn gehalveerd van 8 euro in 2012 tot 4 euro in 2016. De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zijn toegenomen van 30 euro in 2012 tot 32 euro in 2016.

Verpleegdagprijs

Het remgeld op de verpleegdagprijs die in een twee- of meerpersoonskamer wordt aangerekend, is hetzelfde als in een eenpersoonskamer en werd in dat hoofdstuk reeds besproken.

In 2016 betaalde een patiënt gemiddeld 89 euro per opname voor de verpleegdagprijs volgens de ziekenhuisbarometers van de CM. Dit komt overeen met een gemiddelde opnameduur van vier dagen. Tegenover 2012 is deze kostenpost met 11,9 % gedaald. Toen betaalde een patiënt nog 101 euro voor de verpleegdagprijs voor een opname in een twee- of meerpersoonskamer, wat overeenkomt met vijf ligdagen. De daling van deze kostenpost is dus volledig te wijten aan een daling van het aantal ligdagen.

Remgeld op honoraria

De remgelden op honoraria bedroegen volgens de CM-barometer in 2016 gemiddeld 49 euro voor een opname in een twee- of meerpersoonskamer. Ook deze tarieven zijn tussen 2012 en 2016 volgens deze bron min of meer stabiel gebleven (48 euro in 2012). Hoeveel het remgeld op honoraria bedraagt, is wettelijk vastgelegd in het tarievenakkoord tussen artsen en ziekenfondsen. Zowel geconventioneerde artsen als niet-geconventioneerde artsen dienen zich aan deze tarieven te houden indien de patiënt opteert voor een verblijf in een twee- of meerpersoonskamer.

III.2.4.4. Gemiddelde kosten voor een dagopname

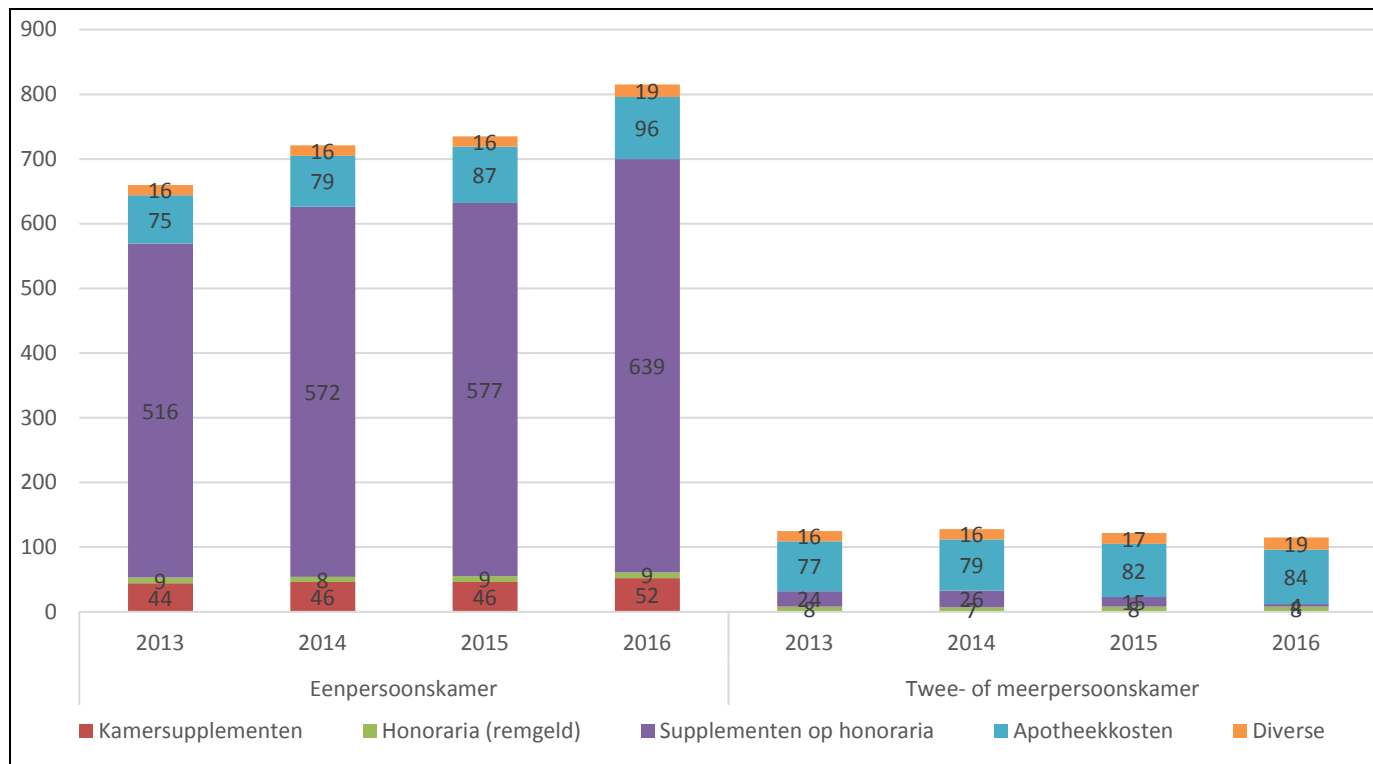
Zoals reeds vermeld zijn tussen 2012 en 2016 het aantal dagopnames met 13 % toegenomen en vervangen deze deels de klassieke ziekenhuisopname. Op basis van de CM-ziekenhuisbarometer is informatie beschikbaar betreffende de gemiddelde ziekenhuisfactuur voor een dagopname zowel in een eenpersoonskamer als een twee- of meerpersoonskamer voor de periode 2013-2016, zoals weergegeven in grafiek 6. In 2016 rekenden de Belgische ziekenhuizen gemiddeld 815 euro aan voor een dagopname in een eenpersoonskamer. Dit is goed voor een stijging van 23,5 % (GJG 7,3 %) ten opzichte van 2013, toen een dagopname in een eenpersoonskamer gemiddeld 660 euro kostte. Deze stijging is in de eerste plaats veroorzaakt door een stijging van de apotheekkosten (+28,0 %), gevolgd door een stijging van de

ereloonsupplementen (+23,8 %). De ereloonsupplementen vertegenwoordigden evenwel 78,4 % van de totale factuur in 2016.

De gemiddelde ziekenhuisfactuur voor een dagopname in een twee- of meerpersoonskamer bedroeg gemiddeld 115 euro in 2016. Ten opzichte van 2013 betrof dit een daling van 8,0 %. De apotheekkosten zijn de belangrijkste kostenpost in deze factuur en bedroegen gemiddeld 84 euro in 2016. De daling van de ziekenhuisfactuur voor een dagopname in een twee- of meerpersoonskamer is te wijten aan de daling van de ereloonsupplementen. In 2013, voor het verbod op ereloonsupplementen bij een dagopname in een twee- of meerpersoonskamer sinds 1 juli 2015, werd nog gemiddeld 24 euro aan ereloonsupplementen aangerekend.

Grafiek 6. Gemiddelde patiëntenfactuur voor een dagopname in een eenpersoonskamer en een twee- of meerpersoonskamer.

(In euro)



Bronnen: Ziekenhuisbarometers Christelijke mutualiteit.

Focus 2: Rendabiliteit van algemene ziekenhuizen

Volgens een studie van Piet Calcoen²⁹ moeten de artsen in de meeste ziekenhuizen in België een zeker percentage van hun ereloon supplementen afstaan aan het ziekenhuis om de algemene onkosten mee te helpen financieren. In dit kader wordt gekeken hoe het met de winstgevendheid van de ziekenhuizen in België gesteld is. De analyse is gebaseerd op een onderzoek van Belfius Bank & Verzekeringen die in 2018, in navolging van de vorige jaren, de algemene ziekenhuizen in België financieel heeft doorgelicht (MAHA³⁰-studie 2018).

De gehele populatie van 92 algemene ziekenhuizen, waarvan 67 % private en 33 % publieke, verspreid over Vlaanderen (57 %), Wallonië (33 %) en Brussel (10 %), werd geanalyseerd op basis van de jaarrekeningen 2017. De universitaire ziekenhuizen zijn niet in het onderzoek opgenomen. Volgens de analyse geeft de commerciële situatie van de algemene ziekenhuizen aanleiding tot bezorgdheid. Niettegenstaande hun omzet in 2017 steeg met 2,7 % tot 14,5 miljard euro, daalde het courant resultaat³¹, in vergelijking met 2016, met 70 % tot 28,7 miljoen euro (oftewel 0,2 % van de omzet tegenover 0,7 % in 2016 en 1,0 % in 2014) wat de financiële kwetsbaarheid van de ziekenhuizen volgens Belfius onderlijnt. 39 van de 92 algemene ziekenhuizen (42 %) leden in 2017 een courant verlies (gegevens per regio zijn niet beschikbaar) tegenover 30 (of 33 %) in 2016. Indien wel rekening gehouden wordt met de uitzonderlijke kosten en opbrengsten, stijgt het resultaat, in dit geval het resultaat van het boekjaar, tot 130 miljoen euro, wat nog steeds een quasi halvering is ten overstaan van 2016 (resultaat van het boekjaar van 254 miljoen euro). Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal algemene ziekenhuizen dat in 2017 verlieslatend was op het niveau van het resultaat van het boekjaar. Op het vlak van de financiële structuur vertonen de algemene ziekenhuizen, volgens Belfius, een gezonde structuur, zowel naar solvabiliteit (ratio eigen vermogen op balanstotaal van 22,8 %) als naar liquiditeit (vlottende activa op vlottende passiva van 1,5) toe, evenwel met die kanttekening dat er grote verschillen bestaan tussen de verschillende ziekenhuizen onderling.

III.3. Hospitalisatieverzekeringen

Zoals eerder aangehaald kan de medische index gebruikt worden voor het indexeren van de premie, de vrijstelling en de prestaties van individuele of niet-beroepsgebonden contracten van aanvullende ziektekostenverzekering. Onder de aanvullende ziektekostenverzekering vallen de hospitalisatieverzekering, de verzekering ambulante zorgen en de verzekering tandzorgen. Het gros van de afgesloten contracten van aanvullende ziektekostenverzekering heeft betrekking op de hospitalisatieverzekering. In dit hoofdstuk wordt enkel aandacht besteed aan deze laatste vorm van ziektekostenverzekering waarbij de focus ligt op de individuele (niet-beroepsgebonden) contracten. De aanvullende ziektekostenverzekeringen voor ambulante zorgen en tandzorgen komen hier bijgevolg niet aan bod daar deze producten van eerder recente datum zijn en een relatief kleine markt vertegenwoordigen.

Hierna wordt, zonder allesomvattend te willen zijn, uit de doeken gedaan wat een hospitalisatieverzekering is, welke dekkingen dergelijke verzekeringen bieden en welke parameters de hoogte van de verzekeringspremie bepalen. Verder wordt ook het aanbod en het wettelijk kader van het product onder de loep genomen. Andere invalshoeken waren uiteraard mogelijk doch niet steeds realiseerbaar binnen het bestek van deze analyse. Zo worden bijvoorbeeld geen hospitalisatieverzekeringen vergeleken op het vlak van prijs of kwaliteit. Ook wordt er niet over de grenzen gekeken met betrekking tot het aanbod van het product in de buurlanden.

²⁹ Private Expenditure on Health and Voluntary Private Health Insurance, Piet Calcoen, Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 2018, blz. 69.

³⁰ Model for Automatic Hospital Analysis, https://www.belfius.be/publicsocial/NL/Media/Persbericht%20Belfius_MAHA_10%2010%202018_tcm_31-162659.pdf.

³¹ Het courant resultaat wordt gedefinieerd als de omzet minus het bedrijfsresultaat en het financieel resultaat, met andere woorden het resultaat van de sector vóór uitzonderlijke opbrengsten en kosten en vóór belastingen.

III.3.1. Inleiding

De gewone ziekteverzekering, die iedere persoon in België verplicht dient af te sluiten via een ziekenfonds of via de [Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering \(HZIV\)](#)³², dekt bij hospitalisatie slechts een gedeelte van de ziekenhuisfactuur. Het niet-gedekte saldo van de factuur is in principe voor rekening van de zorgbehoevende tenzij deze een aanvullende verzekering voor gezondheidszorgen heeft afgesloten. Dergelijke verzekering vormt een aanvulling op de gewone ziekteverzekering doch is niet wettelijk verplicht. Een hospitalisatieverzekering is één van deze aanvullende ziektekostenverzekeringen die soelaas kan bieden om de niet gedekte kosten van een ziekenhuisfactuur het hoofd te bieden. In 2017 hadden 9,6 miljoen personen in België een verzekering voor gezondheidszorgen³³ waarvan 58 % via private verzekeraars en 42 % via verzekeraars verbonden aan mutualiteiten (de zogenaamde verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand of VMOB's). 58 % van de verzekerde personen viel onder een individueel contract tegenover 42 % onder een collectief contract.

III.3.2. Wat is een hospitalisatieverzekering?

Een hospitalisatieverzekering is een aanvullende ziektekostenverzekering die, al naargelang de dekking, quasi geheel of gedeeltelijk, de ziekenhuiskosten dekt die niet via de gewone verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald en die dus in principe ten laste van de zorgbehoevende vallen³⁴. Een hospitalisatieverzekering kan op individuele basis worden afgesloten (bij een private verzekeraar of bij een VMOB van een ziekenfonds waarvan men lid is) of op collectieve basis. In het laatste geval onderhandelt één instantie, meestal een werkgever, een collectieve polis waarop een groep van mensen kan aansluiten en waarbij de te betalen verzekeringspremie volledig of gedeeltelijk ten laste wordt genomen door de instantie die de collectieve polis afsluit.

De terugbetaling van de ziekenhuiskosten kan kostendekkend of forfaitair zijn. Onder de kostendekkende formule is de terugbetaling in functie van de hoogte van de ziekenhuisfactuur waarbij rekening wordt gehouden met onder meer, en voor zover contractueel voorzien, een interventieplafond (bv. 200 % van de basiserelonen) en een franchise (vrijstelling). Onder de forfaitaire formule krijgt de verzekerde een vaste, forfaitaire som per opnamedag uitbetaald, ongeacht de hoogte van de ziekenhuisfactuur. Sommige hospitalisatieverzekeringen passen de derdebetalersregeling toe waarbij de zorgverlener de kosten rechtstreeks factureert aan de verzekeraar zonder dat de zorgbehoevende het geld zelf eerst dient voor te schieten en achteraf moet recupereren bij de verzekeraar. Bij andere hospitalisatieverzekeringen factureert de zorgverlener dan weer rechtstreeks aan de zorgbehoevende die de rekening eerst dient te betalen vooraleer terugbetaling te kunnen verkrijgen bij de verzekeraar.

³² De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering is een openbare instelling van sociale zekerheid. De instelling neemt, net zoals de ziekenfondsen, alle prestaties op zich inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen doch onder een publiek statuut, maar waarbij geen extra diensten of voordelen worden aangeboden.

³³ Bron: Assuralia, CDZ. Het valt echter niet uit te sluiten dat mogelijk in sommige situaties dubbeltellingen kunnen voorkomen. Bijvoorbeeld in een gezin met kinderen waar beide partners van een gratis beroepsgebonden ziektekostenverzekering genieten voor het hele gezin.

³⁴ De tussenkomst van een hospitalisatieverzekering is niet beperkt tot een ziekenhuisopname met overnachting. Ook bij een dag-hospitalisatie kan deze verzekering van toepassing zijn.

III.3.3. Dekking van een hospitalisatieverzekering

De dekking die een hospitalisatieverzekering biedt is afhankelijk van de onderschreven waarborgen. Deze waarborgen kunnen voor een “basisdekking” zorgen of voor een meer “uitgebreide dekking”. De waarborgen hebben onder meer betrekking op het gekozen kamertype (één-, twee- of meerpersoonskamer), de ambulante kosten vóór en na de hospitalisatie (vaak één maand vóór en 3 maanden na hospitalisatie), de regeling voor zware ziekten, bijstand tijdens een verblijf in het buitenland, ambulancekosten en andere dekkingen³⁵. De waarborgen kunnen algemene uitsluitingen bevatten die van toepassing zijn op alle verzekerden: de deelname aan oorlogsfeiten of aan een opstand, de verzorging na een opzettelijke of vrijwillige daad van de verzekerde (bv. poging tot zelfmoord), esthetische chirurgie die niet samenhangt met een ziekte of een ongeval, vaak ook luchtsporten. Psychiatrische opnames worden niet uitgesloten van een hospitalisatieverzekering maar de tussenkomst wordt in vele gevallen beperkt in de tijd, vaak tot maximaal twee jaar opname.

III.3.4. Hoogte van de verzekeringspremie

De hoogte van de te betalen premie van een individueel contract van hospitalisatieverzekering kan sterk fluctueren en is onder meer afhankelijk van de onderschreven waarborgen van het contract (waaronder het kamertype), de leeftijd van de verzekerde, de woonplaats van de verzekerde (eventueel de ligging van het ziekenhuis), een wachtperiode, de vrijstelling (franchise) van het contract en het plafond³⁶ van de ziekenhuiskosten³⁷. De premies voor individuele contracten liggen gemiddeld gezien hoger dan voor collectieve contracten. Collectieve contracten worden onderhandeld voor een grote populatie van personen die meestal eenzelfde premie betalen. Door deze grotere populatie van verzekerden valt de premie gemiddeld gezien lager uit dan voor individuele contracten. Deze lagere premie houdt eveneens verband met het minder hoge risicoprofiel van collectieve contracten: personen verzekerd via een collectief contract behoren doorgaans tot een minder risicovolle groep (zo zijn bv. 65-plussers veelal niet opgenomen in collectieve polissen die afgesloten worden door werkgevers voor hun werknemers omdat zij doorgaans niet langer actief zijn).

Voor het bepalen van de premie van een individueel contract van hospitalisatieverzekering hanteren de verzekeraars ofwel een leeftijdsgebonden premie, ofwel een genivelleerde premie. Bij een leeftijdsgebonden premie wordt de premie jaarlijks of periodiek verhoogd. Zo betaalt bijvoorbeeld een 40-jarige een hogere premie dan een 25-jarige (bij gelijke waarborgen). Bij een genivelleerde premie betaalt een verzekerde bij aanvang van het contract op bv. jonge leeftijd een relatief hoge premie die later niet meer wordt verhoogd tenzij via indexering. Hierdoor wordt voor de verzekerde een voorziening voor vergrijzing opgebouwd die de eventuele betaling van de hospitalisatiekosten op latere leeftijd moet dekken. Door de snelle stijging van de ziekenhuiskosten in eenpersoonskamers is dit model onder druk komen te staan (onder meer door de afschaffing van de ereloon-supplementen in twee- of meerpersoonskamers is er een verschuiving opgetreden, zie ook ‘Box: Wetgeving in verband met supplementen bij een klassieke ziekenhuisopname’ in hoofdstuk 2.3. ‘De verschillende componenten van de ziekenhuisfactuur’). Een dergelijke stijging kon niet worden ingeschat bij het uitwerken van de tarieven, en bovendien is de indexatie op basis van de medische index voor verschillende verzekeraars ook ontoereikend³⁸. Zoals vermeld in hoofdstuk 1.1. ‘Historiek van de medische index’ kunnen de premie, de vrijstelling of de prestaties van individuele ziektekostenverzekeringsovereenkomsten jaarlijks alleen verhoogd worden via indexatie tenzij de NBB of de CDZ als toezichthouders een verhoging opleggen of toestaan. Vóór het in voege treden van de wet Verwilghen in 2007 was er, door de tariefvrijheid die er toen bestond, de mogelijkheid om de stijging van de kosten te incorporeren in de tarieven.

³⁵ De opsomming is niet-limitatief.

³⁶ De vrijstelling (franchise) heeft betrekking op het bedrag van de ziekenhuiskosten dat steeds ten laste blijft van de verzekerde terwijl het plafond het maximaal bedrag van de ziekenhuiskosten weerspiegelt waarvoor er tussenkomst is van de verzekeraar. Dit plafond kan slaan op het totaal van de uitgaven of voor een specifieke uitgave (bv. erelonen van artsen).

³⁷ De opsomming is niet-limitatief.

³⁸ Een deel van de verschuiving van de ereloon-supplementen van twee- naar eenpersoonskamer (tot stand gekomen door het verbod op ereloon-supplementen in een tweepersoonskamer vanaf 2013) vond plaats tussen 2012 en 2016. In deze periode werd er geen medische index gepubliceerd.

In dit kader is de verzekeringssector, voor nieuwe contracten, dan ook continu op zoek naar alternatieven die meer rekening houden met deze evolutie. Zo heeft een verzekeringsmaatschappij recentelijk een hospitalisatieverzekering gelanceerd, ten einde de ziekenhuisfactuur onder controle te krijgen en de uit te betalen schadelasten te beperken, waarbij onder meer de hospitalisatiekosten onbeperkt worden terugbetaald, maar enkel bij opname (hospitalisatie) in een partnerziekenhuis. Andere instrumenten voor het onder controle houden van de ziekenhuisfactuur, naast de invoering van drempelbedragen (franchises), bestaan er onder meer in de te betalen premie gedeeltelijk afhankelijk te maken van de ligging van het ziekenhuis (hospitalisatie in een grootstad is duurder dan opname in meer landelijke gebieden) of van een plafond op de ereloon-supplementen. Al deze instrumenten zouden een meer gecontroleerde groei van de ziekenhuisfactuur moeten bewerkstelligen.

III.3.5. Aanbieders van hospitalisatieverzekeringen en wettelijk kader

Hospitalisatieverzekeringen worden zowel door private verzekeraars als door VMOB's aangeboden. In 2018 zijn er een vierentwintigtal verzekeringsmaatschappijen actief binnen het segment van de hospitalisatieverzekeringen, gespreid over een vijftiental private spelers en negen VMOB's wat zorgt voor een grote concurrentie. Deze verzekeraars bieden elk minstens één hospitalisatieproduct aan. De VMOB's bieden uitsluitend individuele contracten aan. Binnen de groep van private verzekeringsondernemingen biedt het overgrote deel zowel individuele als collectieve contracten aan. De overige maatschappijen richten zich dan weer ofwel uitsluitend op individuele ofwel uitsluitend op collectieve contracten. Binnen de individuele contracten van hospitalisatieverzekering vertegenwoordigen de VMOB's in 2018 ongeveer 72 % van het aantal verzekerden³⁹ tegenover 28 % voor de private verzekeringsondernemingen.

Op basis van het aantal verzekerden⁴⁰ hadden de drie grootste verzekeringsondernemingen een gezamenlijk markt-aandeel van meer dan 57 %.

Voor hospitalisatieverzekeringen (en andere aanvullende ziektekostenverzekeringen) zijn de private verzekeraars en de VMOB's onderworpen aan de wet van 4 april 2014 (wet betreffende verzekeringen), een wet waarin onder meer de wet van 20 juli 2007 (beter bekend als de "wet Verwilghen") hernomen wordt. Verder vallen de private verzekeraars en de VMOB's eveneens onder de Solvabiliteit II-richtlijn, een Europese richtlijn van 25 november 2009, omgezet in Belgisch recht door de wet van 13 maart 2016 (wet op het statuut en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen), die de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsondernemingsbedrijf regelt.

De "wet Verwilghen" kwam er na de vaststelling dat de oorspronkelijke basiswetgeving de verzekerde in bepaalde gevallen onvoldoende bescherming bood, onder meer op het vlak van de toegankelijkheid, de looptijd, de continuïteit, de opzeggingsmodaliteiten van de polis. Zo bepaalt deze wet onder meer dat individuele hospitalisatieverzekeringen in principe voor het leven worden aangegaan. Dit houdt in dat de verzekeraar, in tegenstelling tot de verzekeringnemer, een individuele hospitalisatieverzekering niet opzeggen, tenzij bij fraude of niet-betaling van de premie. Ook kwam er een specifieke regeling voor chronische zieken en gehandicapten die nog geen 65 jaar oud zijn die het recht verkrijgen van een individuele hospitalisatieverzekering af te sluiten. Anderzijds mogen de verzekeraars de hospitalisatiekosten uitsluiten die rechtstreeks verbonden zijn met een chronische ziekte of een handicap, op voorwaarde dat dit uitdrukkelijk vermeld is in de overeenkomst. Voor de beroepsgebonden verzekeringsovereenkomsten kwam er onder meer een regeling inzake de individuele voortzetting van de verzekering door personen bij het verlies van de beroepsgebonden verzekering zoals bijvoorbeeld door pensionering of verandering van werk.

Solvency II beoogt de bescherming van de verzekerden en de begunstigen van verzekeringspolissen, onder meer door ervoor te zorgen dat verzekeringsondernemingen afdoende financiële buffers aanhouden om problemen op te vangen. Belangrijke uitgangspunten van deze richtlijn zijn de invoering van risico-gebaseerde kapitaalvereisten en waardering van de balans volgens marktwaarde. Solvency II helpt verzekeringsondernemingen en toezichthouders om risico's eerder te signaleren en waar nodig actie te ondernemen. Bovendien versterkt Solvency II het risicobeheer van verzekeringsondernemingen en zorgt het op Europees niveau voor meer harmonisatie. Dit bevordert een gelijk speelveld voor verzekeringsondernemingen binnen Europa en is een stap richting een meer Europese markt.

³⁹ Bron: Data van afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen, aangeleverd in het kader van de berekening van de medische index.

⁴⁰ Bron: Data van afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen, aangeleverd in het kader van de berekening van de medische index.

De VMOB's zijn eveneens onderworpen aan de ziekenfondswet oftewel de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook aan de wetten van 26 april 2010 en 2 juni 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I en II) die vanaf 2012 een einde stelden aan de verschillen in de regelgeving die bestonden tussen enerzijds de ziektekostenverzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen en anderzijds de gelijkaardige verzekeringen aangeboden door de private verzekeringsondernemingen.

De VMOB's verschillen op een aantal vlakken van de private verzekeraars. VMOB's zijn geen commerciële ondernemingen (zoals de private verzekeraars) daar de ziekenfondswet hen verplicht van hun activiteiten uit te oefenen zonder winstoogmerk. Daarbij mogen zij, volgens diezelfde ziekenfondswet, ook alleen maar diensten aanbieden aan de eigen leden wat het hen dus praktisch onmogelijk maakt om collectieve aanvullende ziektekostenverzekeringen aan te bieden.

III.4. Conclusie

Sinds 2016 mogen verzekeringsmaatschappijen hun premies, vrijstellingen en/of de prestaties van de niet-beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen (individuele contracten) aanpassen op basis van de medische index, naast de consumptieprijsindex. De medische index wordt berekend voor vier waarborgtypes, zijnde eenpersoonskamer, twee- en meerpersoonskamer, ambulante zorg en tandverzorging. Voor deze waarborgtypes wordt een medische index berekend voor vijf leeftijdscategorieën en een globale index.

Voor elke leeftijdscategorie wordt eerst een basisindex berekend, zijnde de bruto schadelast per verzekerde over alle verzekeraars heen. De globale basis index wordt berekend als een gewogen gemiddelde van de leeftijdsgebonden basisindexcijfers, gewogen volgens het aantal verzekerden per leeftijdscategorie. Vervolgens worden de specifieke indexcijfers berekend door de basisindex te vermenigvuldigen met factor 1,5 om de vergrijzingsreserves te herwaarderen. De jaarlijkse evolutie van deze specifieke indexcijfers worden afgetopt op maximaal 2 procentpunten boven de evolutie van de basisindexcijfers.

Tussen 2015 en 2018 is de globale medische index voor waarborgtype "eenpersoonskamer" met 10,4 % gestegen. De gemiddelde jaarlijkse groei bedroeg dus 3,3 %, terwijl de gezondheidsindex in die periode jaarlijks slechts met gemiddeld 1,9 % toenam. Bij het waarborgtype "twee- of meerpersoonskamer" is de globale medische index tussen 2015 en 2018 met in totaal 5,4 % gestegen. De medische index voor ambulante zorg werd enkel in 2018 aangepast. De globale index voor dit waarborgtype nam met 11,5 % toe ten opzichte van 2017. De medische index voor waarborgtype "tandverzorging" werd in 2017 en 2018 fors opgetrokken, met respectievelijk 10,7 % en 15,7 % op jaarbasis voor de globale index.

Voor sommige verzekeraars is de premie-aanpassing op basis van de medische index niet voldoende om de werkelijke kostenevolutie te dekken. De medische index is dan ook berekend als een gemiddelde, en de reële kostenevolutie bij de individuele verzekeraars kan hiervan afwijken. Niet alleen zijn de verschillende verzekeringsproducten zeer heterogeen qua opbouw, ook de marktkarakteristieken zijn verschillend van regio tot regio. Daarnaast zijn er ook verzekeraars waarvoor de medische index wel toereikend is, in dat geval zal de index vermoedelijk niet volledig toegepast worden.

Aangezien de verzekeringsmarkt voor ambulante zorg en tandverzorging voorlopig een vrij kleine markt is, werd in het vervolg van de studie gefocust op de markt voor hospitalisatieverzekeringen. De evolutie van de kosten voor een ziekenhuisopname liggen aan de basis van het verloop van de bruto schadelast die wordt gebruikt voor de berekening van de medische index voor waarborgtypes "eenpersoonskamer" en "twee- of meerpersoonskamer".

Volgens de ziekenhuisbarometers van de CM, dewelke gebaseerd zijn op voornamelijk Vlaamse leden, is de gemiddelde factuur voor een opname in een eenpersoonskamer tussen 2012 en 2017 met 15,3 % (GJG 2,9 %) toegenomen en kwam uit op gemiddeld 1.553 euro in 2017. Volgens de ziekenhuisbarometers van de Socialistische Mutualiteiten, die gebaseerd zijn op voornamelijk Waalse leden, zou de toename van de factuur zelfs nog meer uitgesproken zijn. Bovendien was deze factuur het hoogst in Brusselse ziekenhuizen (2.747 euro), en kwam ze in Wallonië en Vlaanderen respectievelijk 27,1 % en 48,0 % lager uit (respectievelijk 2.000 euro en 1.426 euro).

Ereloonsupplementen zijn goed voor bijna tweederde van de totale factuur in een eenpersoonskamer. Ook kamersupplementen hebben een belangrijk aandeel in de patiëntenfactuur voor een opname in een eenpersoonskamer (ongeveer 16 %). Beide supplementen samen zijn dus verantwoordelijk voor ongeveer 80 % van een factuur voor een opname in een eenpersoonskamer.

Ereloonsupplementen zijn sterker toegenomen dan de globale gemiddelde factuur in een eenpersoonskamer. Er bestaan grote regionale verschillen bij het aanrekenen van ereloonsupplementen. Brusselse ziekenhuizen rekenen gemiddeld meer dan dubbel zo veel aan dan Vlaamse ziekenhuizen en bijna een derde meer dan Waalse ziekenhuizen. De toename van de kamersupplementen bleef al bij al beperkt. Volgens berekeningen op basis van gegevens van Statbel bedroeg een gemiddeld kamersupplement 56,54 euro per opnamedag in 2018, maar er bestaan dus opnieuw grote regionale verschillen waarbij Brusselse ziekenhuizen gemiddeld het meest in rekening brengen.

Een factuur voor een opname in een twee- of meerpersoonskamer bedroeg slechts een vijfde van een factuur in een eenpersoonskamer volgens de gegevens van de CM en een zesde volgens de gegevens van de Socialistische Mutualiteiten. In 2017 betaalden leden van de CM gemiddeld 279 euro tegenover 246 euro voor leden van de Socialistische Mutualiteiten. Deze facturen zijn sinds 2012 gedaald. Deze daling is te wijten aan het feit dat in 2012 nog ereloonsupplementen mochten aangerekend worden bij een opname in een tweepersoonskamer, wat vanaf 2013 niet meer is toegelaten. Ook de verblijfskost is afgenomen tussen 2012 en 2016 door een daling van de ligduur.

In de beschouwde periode is de medische index voor waarborgtype eenpersoonskamer gelijkaardig geëvolueerd als de onderliggende ziektekosten. Bij het waarborgtype twee- of meerpersoonskamer is dit verband minder duidelijk. Dat de medische index en de kostprijs voor een ziekenhuiskamer niet op dezelfde manier evolueren, is te wijten aan verschillende factoren. Zo is de factuur voor een ziekenhuiskamer uitgedrukt per opname, terwijl de medische index het aantal verzekerden in rekening brengt. Daarnaast spelen ook de inconsistenties bij de berekening van de medische index een rol.

De hospitalisatieverzekering is, naast de verzekering voor ambulante zorgen en tandzorgen, een ziektekostenverzekering die voor een aanvulling zorgt op de gewone wettelijk verplichte ziekteverzekering. 9,6 miljoen personen in België hadden in 2017 een verzekering voor aanvullende gezondheidszorgen afgesloten, waarvan het overgrote deel een hospitalisatieverzekering. 58 % van de contracten werd afgesloten via een private verzekeraar en 42 % via een VMOB. 58 % van de contracten waren op individuele basis tegenover 42 % op collectieve basis. Binnen de individuele contracten vertegenwoordigen de VMOB's ongeveer 72 % van het aantal verzekerden. In België zijn er in 2018 een vierentwintigtal aanbieders van hospitalisatieverzekeringen waarvan een vijftiental private verzekeraars en negen VMOB's wat zorgt voor een grote concurrentie. Deze verzekeraars bieden elk minstens één hospitalisatieproduct aan.

Lijst van afkortingen

Assuralia	Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen
Btw	Belasting over toegevoegde waarde
CDZ	Controledienst voor De Ziekenfondsen
CM	Christelijke Mutualiteit
CPI	Consumptieprijsindex
Febelfin	Belgische Federatie van de financiële sector
FOD Economie	Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie
FSMA	Financial Services and Markets Authority
GICP	Geharmoniseerde index der consumptieprijzen
GJG	Gemiddelde jaarlijkse groei
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
IMA	InterMutualistisch Agentschap
J	Jaar
KB	Koninklijk Besluit
MAHA	Model for Automatic Hospital Analysis
Mutassur	Beroepsvereniging van mutualistische verzekeraars en hun verzekerings-tussenpersonen
NBB	Nationale Bank van België
RIZIV	RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
Statbel	Belgisch statistiekbureau
t1	tijdstip 1
t2	tijdstip 2
VMOB	VerzekeringsMaatschappij van Onderlinge Bijstand