

BVAS- persbericht : Chronische zieken dupe van nep-hospitalisatieverzekeringen – 07.03.2014

In haar ijver om besparingen te zoeken in de ziekteverzekering legde de regering het RIZIV op een “Task Force” op te richten na het zomerreces 2013. Vertegenwoordigers van het RIZIV-Verzekeringscomité (waar voor de helft mutualiteitsvertegenwoordigers en de helft zorgverstrekkers in zetelen zoals o.m. ziekenhuizen en enkele artsen) en van de Algemene Raad (met regeringsafgevaardigden met vetorecht, mutualiteitsbonzen, werkgevers en werknemers; zorgverstrekkers hebben er geen stemrecht), het hoogste RIZIV-echelon, werden uitgenodigd om samen aan zelfkastijding te doen.

Nadat de “usual suspects” waren gepluimd (de geneesmiddelensector en de artsenhonoraria, in casu van de radiologen en de klinisch biologen) zetten de deskundigen het mes in de ziekenhuisfinanciering, onder meer in één bepaald onderdeel, het miniforfait. In deze betalingswijze aan het ziekenhuis vallen al langer grote historisch-communautaire en consumptieverschillen op tussen de ziekenhuizen onderling. In 2013 werd hiervoor een bedrag van +/- 63 miljoen euro aan de ziekenhuizen toegekend om de infrastructuur en het personeel te bekostigen die nodig zijn voor essentiële behandelingen van een aantal chronische patiënten met reumatoïde artritis, ziekte van Bechterew, psoriasis artritis, multiple sclerose, ziekte van Crohn en andere aandoeningen die men doorgaans onder de auto-immuunziekten catalogeert. In België wordt het aantal van deze patiënten op ruim 100.000 geraamd.

Een belangrijk aantal onder hen krijgt in het ziekenhuis alle vier, zes tot acht weken een behandeling met intraveneus toegediende (dure) medicijnen. Het ziekenhuis ontving hiervoor tot 31 december 2013 een “miniforfait” en de patiënten werden als (zeer kortstondig) gehospitaliseerd beschouwd. Omwille van de onverklaarbare verschillen in de uitgaven voor de “miniforfaits” besliste de overheid er 10 miljoen euro op te besparen.

Hoe? Ze schafte het bestaan van de “miniforfaits” af en droeg het resterende budget van 53 miljoen euro na de besparing over naar het “budget van financiële middelen” (BFM) dat de ziekenhuizen gebruiken voor de echt gehospitaliseerde patiënten. De overeenkomstencommissie tussen mutualiteiten en ziekenhuizen, waar geen praktiserende artsen in zetelen, ging met de afschaffing van die miniforfaits akkoord. Ze is op zoek naar een methode om de nog beschikbare 53 miljoen euro te herverdelen.

Voor tienduizenden patiënten heeft de afschaffing van het miniforfait dramatische financiële gevolgen. Tot nog toe werden die patiënten door hun mutualiteit gelijkgesteld met een in een ziekenhuisbed verblijvende patiënt omdat hun intraveneuze behandeling voor het ziekenhuis een “miniforfait” opleverde. Op die manier genoten die patiënten van het financieel meer voordelige statuut van een gehospitaliseerde patiënt. Bovendien heeft ongeveer driekwart van de Belgische patiënten een hospitalisatieverzekering die een reeks bijkomende kosten dekt.

Door het afschaffen van de miniforfaits werden vanaf 1 januari van dit jaar al deze mensen plots gewone ambulante verzorgde patiënten. De hospitalisatieverzekering die ze trouw aan hun mutualiteit betalen hoeft bijgevolg niet meer tussen te komen voor de verstrekte zorgen.

De hoge rekeningen voor hun medicijnen (o.a. 11,80 euro remgeld per toegediende flacon; 3 à 5 flacons per behandeling) en andere zorgen, die voordien integraal terugbetaald werden via hun hospitalisatieverzekering, vallen nu bij de patiënten in de bus en moeten ze zelf betalen. Vanaf eind februari 2014 begonnen deze chronische patiënten voor het eerst dergelijke, hoge ziekenhuisfacturen te ontvangen voor zorgen verleend in de maand januari 2014. De bedragen variëren tussen de 40 en de 110 euro per behandeling, alle 4 tot 8 weken, reken uit.

Uiteraard spraken die patiënten daar hun behandelende artsen over aan. Terecht beschouwen de patiënten hun arts nog steeds als de beste verdediger van hun patiëntenrechten. De mutualiteiten zaten op de eerste rij bij de besprekingen over de besparingen in de Task Force in oktober 2013 en ze voeren graag het zogenaamd deskundige woord in de overeenkomstencommissies, zoals, in dit geval, die tussen mutualiteiten en ziekenhuizen.

Maar het is de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) die via zijn leden en hun patiënten vaststelt dat de mutualiteiten opnieuw hun leden – onze patiënten – flagrant in de steek hebben gelaten. Ze hebben niet alleen besparingen toegestaan op de rug van chronische patiënten, maar ze verdienen er bovendien ook grof geld aan. Want ze blijven hun hospitalisatieverzekeringen aan dezelfde prijs verkopen terwijl ze eigenlijk nog nauwelijks enig risico dekken.

Erop door ons aangesproken verdedigen de mutualiteiten zich door te stellen dat ze deze zorgen uit de aanvullende hospitalisatieverzekering willen halen en willen overhevelen naar het basisverzekeringspakket. Maar dit vergt wetgevend werk. Als de mutualiteiten wetsvoorstellen kunnen indienen bij bevriende kabinetten die hen (financieel) goed uitkomen, zijn ze er als de kippen bij.

Wij nemen dit excuus niet van hen aan om de eenvoudige reden dat er geen spoor van enige wetsaanpassing in die richting te vinden was in de programmawetten van eind december 2013 en evenmin in het ontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid dat eerstdaags zal gepubliceerd worden.

Ondertussen moet de overeenkomstencommissie mutualiteiten–ziekenhuizen proberen snel snel een met spuug en plakband samenhangendere oplossing uit haar duim te zuigen om duizenden sociale drama's te vermijden.

Niet fraai als afscheid voor een minister die de zorg voor de chronische patiënt hoog in haar vaandel droeg.

Dr. Roland Lemye
Voorzitter BVAS

Dr. Marc Moens
Ondervoorzitter BVAS