

AANREKENEN VAN KAMER- EN HONORARIUM-SUPPLEMENTEN IN ZIEKENHUISVERBAND

Op 20 december 1996 werd door het Verbond der Verzorgingsinstellingen een standpunt in verband met 'Keuzen in de zorg' ingenomen (zie advies 2). In dit advies werd een christelijk geïnspireerd ethisch denkkader uiteengezet waarbinnen een verantwoorde omgang met de beschikbare middelen in de gezondheidszorg gestalte kan krijgen. Gezien het fundamenteel en algemeen karakter van het *Keuzen in de zorg*-advies, achtte de commissie voor ethiek het nodig om in aparte adviezen aandacht te besteden aan concrete toepassingen dienaangaande. Het voorliggende advies *Aanrekenen van kamer- en honorariumsupplementen in ziekenhuisverband* is hiervan het eerste resultaat.

In de visietekst worden concrete aanbevelingen gedaan die ertoe kunnen bijdragen dat er een eerlijke verhouding ontstaat tussen het aanbieden van een kwaliteitsvolle zorgverlening en een rechtmatige beloning. Bovendien wordt erop aangedrongen dat inzake de organisatie en/of de financiering van de gezondheidszorg steeds de solidariteit met de meest kwetsbare patiëntengroepen als uitgangspunt zou worden genomen. Minimaal moet ernaar gestreefd worden alle ongerechtvaardigde of zelfs discriminatoire vormen van supplementen af te schaffen.

Na de bespreking in de VVI-bestuurscolleges heeft de raad van beheer van het VVI dit advies goedgekeurd en de opdracht gegeven het te implementeren. Zoals in het advies wordt vermeld, kunnen de verantwoordelijkheden inzake de supplementenproblematiek niet op de schouders van één partij of instantie worden gelegd. Integendeel, diverse betrokkenen dragen in dit verband een belangrijke verantwoordelijkheid. Op instellingsniveau denken wij vooral aan de raad van beheer, de directie en de artsen. Het is dan ook ten zeerste aanbevolen dit advies niet alleen te agenderen en te bespreken op de vergaderingen van de plaatselijke commissies voor medische ethiek, maar ook op de vergaderingen van de artsen, van de directies en van de raden van beheer. Hopelijk mogen uit deze dialoog vele constructieve voorstellen groeien die een verantwoorde omgang met kamer- en honorariumsupplementen in ziekenhuisverband kunnen bevorderen.

Brussel, 18 december 1998.

C. GASTMANS,
Stafmedewerker.

C. BOONEN,
Algemeen Directeur.

AANREKENEN VAN KAMER- EN HONORARIUM-SUPPLEMENTEN IN ZIEKENHUISVERBAND

INLEIDING

In de media wordt geregeld gesproken over de soms hoge supplementen op kosten voor gezondheidszorg, waarmee dan voornamelijk de ziekenhuispatiënten en hun familie worden geconfronteerd. Door de verspreide en soms onduidelijke reglementeringen is het niet altijd eenvoudig te weten welke supplementen toegelaten zijn en welke niet. In de praktijk geeft deze onduidelijke toestand aanleiding tot heel wat misvattingen en betwistingen, waarvan vooral de patiënt de nadelen ondervindt.

Na de goedkeuring van de Sociale Programmawet van 22 februari 1998 (BS 3 maart 1998; kan uitgevoerd worden vanaf 1 december 1998) worden zowel voor de kamer- als voor de honorariumsupplementen duidelijke beperkingen opgelegd voor de een- en tweepersoonskamers. Hierdoor wordt reeds ten dele tegemoet gekomen aan de wens tot meer duidelijkheid en eenvormigheid in de regeling van kamer- en honorariumsupplementen. Deze juridische regulering biedt evenwel geen afdoend antwoord op de vraag die de commissie voor ethiek van het VVI bezig houdt: Is het in rekening brengen van kamer- en honorariumsupplementen aan de patiënt in overeenstemming te brengen met de christelijk-ethische basisprincipes van waaruit de zorg in de christelijke verzorgingsinstellingen wordt verleend? Bij de bespreking van deze vraagstelling verwijzen wij uitdrukkelijk naar Advies 2 'Keuzen in de zorg' waarin een basisvisie wordt ontwikkeld in verband met het verantwoord omgaan met de beschikbare middelen in de gezondheidszorg.

Achtereenvolgens worden in dit advies behandeld :

- Huidige stand van zaken
- Christelijk-ethische basisprincipes
- Een ethisch advies
- Concrete begeleidende aanbevelingen

1. HUIDIGE STAND VAN ZAKEN

Als gevolg van de vele wettelijke bepalingen inzake supplementen is het voor alle betrokken partijen moeilijk om door de bomen het bos nog te zien. Het is zelfs

moeilijk uit te maken wie allemaal betrokken is bij de supplementenproblematiek. Op de eerste plaats wordt gedacht aan de patiënt, de ziekenhuizen, de ziekenfondsen, de private verzekeraars en de artsen. Maar ook de overheid draagt inzake supplementen een grote verantwoordelijkheid, aangezien de supplementenpraktijk deel uitmaakt van het globale systeem van gezondheidszorg in het algemeen, en van een welbepaald financierings- en verzekeringssysteem in het bijzonder. Het moet daarom van bij het begin duidelijk zijn dat de verantwoordelijkheden inzake de supplementenproblematiek niet op de schouders van één partij of instantie kunnen worden gelegd, doch gedeeld worden door de diverse betrokkenen. Om doorheen de complexiteit van de supplementenpraktijk enige klaarheid te scheppen, beginnen we met een algemene definitie van hetgeen onder de notie van ‘supplement’ kan verstaan worden.

Onder supplement verstaat men het bedrag dat aan de patiënt wordt aangerekend voor medisch materiaal, medische, paramedische en verpleegkundige prestaties of andere prestaties (zoals verblijf, voeding, verzorging, e.d.) en dat niet wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering en waarvan daarenboven het bedrag niet noodzakelijk wettelijk is vastgelegd (Baeyens & Derieuw, 1997-1998).

Deze definitie impliceert dat remgeld niet als een supplement kan worden beschouwd, aangezien de maxima wettelijk bepaald zijn. Het persoonlijk aandeel van de patiënt, dat bij ziekenhuisopname wordt aangerekend, wordt geacht deels de hotelkost te dekken. Dit bedrag kan evenmin als een supplement worden beschouwd, aangezien het ook bij wet is vastgelegd.

Men maakt een onderscheid tussen kamersupplementen enerzijds en honorariumsupplementen anderzijds. Supplementen op medische hulpmiddelen (implantaten, endoscopisch materiaal e.d.) vallen buiten het opzet van dit advies. Ook supplementen voor producten en diensten zonder strikt medische indicatie (koelkast, tv, radio, e.d.) worden in dit advies niet besproken.

Een kamersupplement mag worden aangerekend als de patiënt heeft gekozen voor een kamer met één of twee bedden, zonder dat zijn gezondheidstoestand zulks vereist. Voor het verblijf in dergelijke kamers zijn door de overheid maximumbedragen vastgelegd die mogen worden aangerekend.

Wat de honorariumsupplementen betreft, mag een supplement worden aangerekend aan patiënten die op hun uitdrukkelijk verzoek en zonder dat dit noodzakelijk is voor hun behandeling worden opgenomen in een eenpersoonskamer. Ook hier kunnen maximumbedragen bij wet worden vastgelegd.

De problematiek van de honorariumsupplementen moet worden besproken tegen de achtergrond van de akkoorden die artsen en ziekenfondsen met elkaar afsluiten. De nationale akkoorden geneesheren-ziekenfondsen stellen de honoraria vast die tegenover de rechthebbenden van de ziekteverzekering nageleefd dienen te worden door de artsen die tot de akkoorden zijn toegetreten. De ‘verbonden’ of ‘geconventioneerde’ artsen engageren zich de overeengekomen tarieven te respecteren. Wanneer er geen akkoord werd gesloten (niet-geconventioneerde artsen) of het

akkoord tussen geneesheren en verzekeringsinstellingen werd opgezegd, zijn de honoraria vrij, weliswaar binnen de grenzen van de redelijkheid (Baeyens & Derieuw, 1997-1998). In de mate dat de tariefzekerheid voortvloeit uit het akkoord, staat de patiënt in geval van geen akkoord (niet-geconventioneerde arts of opzegging van akkoord) in een uiterst zwakke positie. Juist in deze situatie speelt het overleg tussen artsen, directie en beheerders een belangrijke rol, onder meer omdat erover gewaakt moet worden dat de belangen van de patiënt behartigd worden.

Hoewel ziekenhuizen de plicht hebben hun patiënten bij opname in te lichten over de gangbare regeling inzake supplementen (maximumsupplement dat in het ziekenhuis wordt aangerekend; lijst van geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen, e.d.), blijkt de patiëntenvoorlichting op dit vlak eerder gebrekkig te verlopen. Bovendien ervaren patiënten het doorgaans als zeer moeilijk om op een open manier hierover met hun arts of tijdens hun ziekenhuisopname te praten.

Aangezien vooraf niet vaststaat welke artsen ingeschakeld zullen worden bij de behandeling en alle behandelende artsen in principe een honorariumsupplement kunnen vragen, verkeert de patiënt in grote onzekerheid inzake het totale honorariumsupplement dat hij zal dienen te betalen.

Vastgesteld wordt dat sommige patiëntenpopulaties (bijvoorbeeld extra verzekerden) meer kans lopen supplementen te moeten betalen dan anderen. Bovendien blijken de gewoonten inzake het aanrekenen van supplementen sterk regiogebonden te zijn. Ten slotte kan worden vastgesteld dat door sommige artsen, al dan niet gedoogd door het ziekenhuis, een praktijk van 'zwarte honorariumsupplementen' wordt onderhouden.

2. CHRISTELIJK-ETHISCHE BASISPRINCIPES

Op 20 december 1996 werd door het Verbond der Verzorgingsinstellingen een standpunt in verband met 'keuzen in de zorg' ingenomen (zie advies 2). Dit advies heeft een fundamenteel en algemeen karakter, waardoor concrete antwoorden op concrete vragen niet gegeven worden. Het advies is eerder bedoeld als een christelijk geïnspireerd ethisch denkkader waarbinnen diverse aspecten van de keuzeproblematiek op een verantwoorde wijze besproken kunnen worden. De commissie voor ethiek beschouwt de problematiek van de supplementen als een concrete aanvulling op het advies 'keuzen in de zorg'. De supplementenproblematiek houdt immers verband met de wijze waarop in christelijke verzorgingsinstellingen wordt omgegaan met de beschikbare (financiële) middelen en welke prioriteiten dienaangaande worden gelegd. Uit het advies 'Keuzen in de zorg' meent de commissie volgende oriëntaties te kunnen afleiden die richtinggevend kunnen zijn voor de besluitvorming i.v.m. supplementen. Voor een uitvoerige behandeling van de christelijk-ethische basisprincipes verwijzen wij naar de bijlage bij dit advies.

2.1. CHRISTELIJKE VISIE OP GEZONDHEID

Binnen het christendom is gezondheid een belangrijke (fundamentele) waarde die steeds in samenhang gezien moet worden met andere belangrijke waarden. Voorbeelden hiervan zijn zorg voor de medemens, de bevordering van sociale rechtvaardigheid en de integrale ontplooiing van de mens. Hoe belangrijk gezondheid ook is, toch kan ze uiteindelijk niet worden beschouwd als een absolute waarde. Dit perspectief leidt tot het inzicht dat een samenleving niet menselijker wordt door het verbeteren van gezondheid. Een gezondheidszorg die met deze visie overeenstemt, doet een appel aan de arts en/of het ziekenhuis om geen misbruik te maken van de patiënt bij het vaststellen van hun honorarium- en/of kamersupplementen. Gezondheidszorg houdt op 'koopwaar' te zijn die 'tegen elke prijs' kan worden aangeboden.

2.2. VOORKEURSOPTIE VOOR DE ZWAKSTEN

De christelijke voorkeursoptie voor de zwaksten vervult een centrale rol in de omgang tussen mensen. Ze geeft uiting aan de bereidheid om elke omgang met financiële middelen steeds opnieuw te beoordelen door de ogen van de meest zwakke. Deze christelijke inspiratie moet doorheen de besluitvorming inzake supplementen van christelijk geïnspireerde verzorgingsinstellingen zichtbaar worden. Oplossingen voor het probleem van de supplementen in de gezondheidszorg moeten de solidariteit met de meest kwetsbare groepen als uitgangspunt nemen.

2.3. CHRISTELIJKE INSTELLINGSCULTUUR

De commissie voor ethiek is van oordeel dat de discussie over supplementen niet alleen vanuit het oogpunt van financiële efficiëntie benaderd mag worden. Integendeel, in een christelijke verzorgingsinstelling moet een bedrijfsmatige aanpak ingebed worden in een perspectief dat het ziekenhuis als morele gemeenschap bevordert.

Concreet impliceert dergelijk perspectief dat zorgverleners doorheen hun omgang met patiënten rekening houden met de fundamentele sociale geaardheid van mensen. Zorgverleners worden door patiënten opgeroepen om hun solidaire verantwoordelijkheid te aanvaarden en daadwerkelijk op te nemen. Dit opgevorderd worden door de hulpbehoevende patiënt vormt de ethische grondinspiratie van elk verzorgend beroep. Deze visie doet een beroep op de fundamentele deugden van dienstbaarheid, rechtvaardigheid, solidariteit, bescheidenheid en burgerzin, waarbij men probeert te zoeken naar een eerlijke verhouding tussen het aanbieden van een kwaliteitsvolle zorgverlening en een rechtmatige beloning.

2.4. GELIJKE TOEGANG TOT KWALITEITSVOLLE GEZONDHEIDSZORG

Het recht op gezondheidszorg is één van de sociale grondrechten. Binnen de Belgische context van de verzorgingsstaat omvat dit het recht op een kwalitatief

goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg. Momenteel doet zich het probleem voor hoe met de beschikbare middelen een kwalitatief goede zorg voor ieder op gelijke wijze betaalbaar en bereikbaar kan blijven. Alle betrokkenen in de zorgverlening dragen de verantwoordelijkheid om het principe van gelijke toegang ook voor de toekomst veilig te stellen. Met betrekking tot het aanrekenen van supplementen in ziekenhuisverband rijst de vraag in hoeverre deze praktijk een inbreuk betekent op het principe van de gelijke toegang tot gezondheidszorg.

3. ETHISCH ADVIES

3.1. De commissie voor ethiek is van oordeel dat op basis van bovenvermelde christelijk-ethische basisprincipes en binnen de globaal georganiseerde gezondheidszorg op termijn gestreefd moet worden naar een afschaffing van de honorariumsupplementen. In de afbouw van de honorariumsupplementen zal evenwel de weg van de geleidelijkheid moeten bewandeld worden, aangezien deze praktijk verankerd is in een aantal financieringsmechanismen die noch door een particulier ziekenhuis, noch door een individuele arts zomaar gewijzigd kunnen worden. Deze financieringsmechanismen zullen wellicht vooraf moeten worden gewijzigd.

Wat de kamersupplementen betreft, is de commissie van oordeel dat deze slechts getolereerd kunnen worden indien zij openlijk verantwoord kunnen worden.

3.2. Het is van essentieel belang dat de patiënt maximaal en op een overzichtelijke manier geïnformeerd wordt over de verschillende bestanddelen van de ziekenhuisfactuur. De regeling in verband met supplementen maakt hier deel van uit. Naast de zeer duidelijke informatievoorziening over het aanrekenen van supplementen moet de patiënt erover ingelicht worden dat ‘zwarte honorariumsupplementen’ illegaal zijn. Het verdient de voorkeur deze informatie te integreren in de onthaalbrochure.

Vragen van patiënten i.v.m. de ziekenhuisfactuur in het algemeen en de supplementen in het bijzonder moeten op een correcte en duidelijke manier beantwoord worden.

3.3. Minimaal moet ernaar gestreefd worden alle onge-rechtvaardigde of zelfs discriminatoire vormen van supplementen af te schaffen. De commissie vindt het bijvoorbeeld ethisch onaanvaardbaar dat aan bepaalde patiëntengroepen (bijvoorbeeld patiënten met hospitalisatieverzekering, minder mondige patiënten; patiënten op dienst spoedgevallen e.d.) hogere honorariumsupplementen worden aangerekend dan aan andere patiëntengroepen.

4. BEGELEIDENDE AANBEVELINGEN

4.1. OVERHEID

4.1.1. Keuzen i.v.m. het aanrekenen van supplementen horen inzet en resultaat te zijn van maatschappelijke discussies. De supplementenproblematiek hangt sterk samen met de waarden die wij in onze maatschappij en in onze instellingen koesteren. In de praktijk worden reeds heel wat keuzen gemaakt, soms onuitgesproken, maar ook wel uitdrukkelijk. Meerdere mechanismen worden gehanteerd om met de supplementenproblematiek om te gaan. Het probleem is echter dat de besluitvorming daarrond te weinig gepaard gaat met een openbaar debat.

4.1.2. De commissie voor ethiek roept de overheid op zich ernstig te beraden over het huidige financierings- en verzekeringssysteem van de gezondheidszorg. Deze systemen houden immers een supplementenbeleid in stand. Zo zou bijvoorbeeld gewerkt kunnen worden aan de herziening van de verpleegdagprijs waardoor de werkelijke kosten van de zorg vergoed worden, in plaats van dat een aantal kosten door afhoudingen op honoraria en/of honorariumsupplementen vergoed moeten worden. Wat de kamersupplementen betreft, is de commissie eveneens van oordeel dat de huidige overheidsvisie moet herzien worden. Het is onaanvaardbaar dat de overheid de ontvangsten van de kamersupplementen gedeeltelijk in mindering brengt van de verpleegdagprijs.

4.1.3. De commissie voor ethiek is van mening dat de oprichting van een sociaal fonds voor niet-verzekerden (cf. niet-betaalde facturen om sociale en verzekeringsredenen) de druk op het aanrekenen van honorariumsupplementen gevoelig zou kunnen verminderen. Dit sociaal fonds zou tevens een goed alternatief bieden voor de zogenaamde “compensatietechniek” (“rijken” betalen voor “armen”) waarop nu vaak een beroep wordt gedaan om de supplementenpraktijk te rechtvaardigen.

4.2. RAAD VAN BEHEER, DIRECTIE EN ARTSEN

4.2.1. De commissie pleit ervoor dat de raad van beheer, de directie en de artsen van het ziekenhuis tot een ernstige bezinning en overleg komen over de vraag of en in welke mate zij het aanrekenen van supplementen in ziekenhuisverband in overeenstemming kunnen brengen met de christelijk-ethische basisinspiratie van waaruit zij zorg verlenen.

4.2.2. De commissie spoort de ziekenhuizen aan de geleidelijke afbouw van honorariumsupplementen te stimuleren door in een eerste fase de supplementen te begrenzen (bijvoorbeeld tot maximaal 50% van het verbintenistarief in een eenpersoonskamer). De raad van beheer en de directie moeten daartoe de nodige maatregelen nemen en dat in overleg met de medische raad.

4.2.3. De commissie spoort de raad van beheer en de directie van elk ziekenhuis aan de nodige waakzaamheid aan de dag te leggen ten aanzien van de eventuele praktijk van ‘zwarte honorariumsupplementen’. Het is onaanvaardbaar dat hieromtrent een

gedoogbeleid zou worden gevoerd. Integendeel, de raad van beheer en de directie moeten deze ongeoorloofde praktijk op een strenge wijze beteugelen. Voor de getroffen patiënt moet een restitutie voorzien worden. In geval van een gerechtelijk geding moet de patiënt maximaal ondersteund en begeleid worden.

4.2.4. Wat betreft de eventuele aansluiting van de patiënt bij een hospitalisatieverzekering moeten artsen erop gewezen worden dat deze informatie irrelevant is voor de behandeling van de patiënt en dat het bijgevolg onverantwoord is de patiënt hierover te ondervragen.

4.2.5. Een louter medisch-professionele benadering (microvlak) isoleert de supplementenproblematiek van de institutionele en maatschappelijke context waarin ze verankerd zit. De medische beroepsgroep speelt weliswaar een belangrijke rol in de besluitvorming inzake supplementen. Het supplementenvraagstuk waarvoor wij staan vraagt evenwel een afwegingskader dat de context van de therapeutische relatie overstijgt.

BESLUIT

De problematiek van het aanrekenen van kamer- en honorariumsupplementen in ziekenhuisverband kan beschouwd worden als een concrete toepassing van de algemene bezinning op 'keuzen in de zorg'. Diverse individuele en institutionele belangen moeten getoetst worden aan fundamentele christelijke basiswaarden: de relatieve waarde van gezondheid, de voorkeur voor de zwaksten, de christelijke instellingscultuur en gelijke toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg. Op basis van een ethische afweging waarin alle betrokkenen participeren, dienen prioriteiten gesteld te worden die ertoe bijdragen dat de feitelijke financieringsstromen in de intramurale gezondheidszorg in overeenstemming kunnen worden gebracht met de christelijke basisintuïtie die er de drijvende kracht van uitmaakt: nl. niet het individuele belang van de instelling of van de zorgverlener staat centraal, maar wel de bevordering van het welzijn van de hulpbehoevende patiënt.

Goedgekeurd door de Raad van Beheer
op 18 december 1998.

AANREKENEN VAN KAMER- EN HONORARIUM-SUPPLEMENTEN IN ZIEKENHUISVERBAND

Vragen over de verdeling van middelen in de gezondheidszorg in het algemeen en over het aanrekenen van supplementen aan de patiënt in het bijzonder komen niet zomaar uit de lucht vallen, maar rijzen op vanuit en zijn ingebed in een maatschappij en een cultuur waarin al bepaalde opvattingen over ziekte en gezondheid voorhanden zijn. In onze westerse samenleving is de invloed van het christendom in de sector van de gezondheidszorg duidelijk aanwezig. Daarom is het noodzakelijk om de levensbeschouwelijk-christelijke benadering van de concepten die in dit debat worden gebruikt, te verhelderen. Tevens levert de christelijke benadering van het omgaan met de beschikbare middelen zelf reeds een aantal prioriteiten op. Wij baseren ons voor de uiteenzetting van de christelijk-ethische basisopties op advies 2 *Keuzen in de zorg* (opgenomen in deze map).

1. CHRISTELIJKE VISIE OP GEZONDHEID

De vraag welke keuzen we moeten maken, leidt ons naar de vraag wat wij eigenlijk onder gezondheid verstaan. Het denken daarover wordt gestuurd door sterk van elkaar verschillende vooronderstellingen. Deze vooronderstellingen werken door in de manier waarop we tegen de keuzeproblematiek aankijken.

Binnen de context van de christelijke godsdienst wordt gezondheid in een doelgericht perspectief geplaatst: niet in termen van economisch nut, maar van zin en doel van het leven. Het 'waarom' van het leven geeft betekenis aan alles wat ons in het leven overkomt. Hoewel gezondheid in het algemeen als een hoge waarde wordt gezien, krijgt zij pas haar eigenlijke betekenis in het perspectief van de eindbestemming van het menselijk leven. Gezondheid is een middel tot goed leven, een voorwaarde om andere waarden in ons leven te verwerkelijken. Gezondheid krijgt zin wanneer ze bijdraagt tot de instandhouding en de verbetering van het leven met en voor anderen en de Andere.

De christelijke levensbeschouwing hanteert een bepaalde mensopvatting waarin de relatie tussen individu, gemeenschap en God centraal staat. Men gaat ervan uit dat mensen zich alleen als mensen kunnen ontplooiën in gemeenschap met anderen en met de Andere. Participatie in de gemeenschap is een voorwaarde voor een volwaardig menselijk bestaan. De inrichting van de gemeenschap (ook in de gezondheidszorg) moet dan ook gericht zijn op de lichamelijke, relationele, psychosociale en spirituele ontplooiing van de mens.

Het hierboven aangehaalde personalistische gemeenschapsdenken heeft implicaties voor de waarde die in het christelijke denken wordt verleend aan gezondheid. Binnen het

christendom is gezondheid een belangrijke (fundamentele) waarde die steeds in samenhang gezien moet worden met andere belangrijke waarden. Voorbeelden hiervan zijn zorg voor de medemens, de bevordering van sociale rechtvaardigheid en de spirituele ontplooiing van de mens. Hoe belangrijk gezondheid ook is, toch kan ze uiteindelijk niet worden beschouwd als een alleenzalmakende (absolute) waarde. Dit perspectief leidt tot het inzicht dat een samenleving niet menselijker wordt door het verbeteren najagen van gezondheid; een gezondheidszorg die met deze visie overeenstemt, geeft integendeel ook een plaats aan menselijke eindigheid en kwetsbaarheid.

2. VOORKEURSOPTIE VOOR DE ZWAKSTEN

De christelijke deugden van naastenliefde, barmhartigheid en rechtvaardigheid blijven een centrale rol vervullen in de omgang tussen mensen. Als deugden geven ze uiting aan de bereidheid om elke verdeling steeds opnieuw te beoordelen door de ogen van de meest zwakke. Vanuit christelijk oogpunt is geen enkel mens ook maar iets minder waard dan een ander. Ook de zwakste mens is door God bemind en tot deelneming aan geluk geschapen. Deze christelijke inspiratie moet doorheen de keuzen van christelijk geïnspireerde verzorgingsinstellingen zichtbaar worden.

Oplossingen voor het probleem van de keuzen in de gezondheidszorg moeten de solidariteit met de meest kwetsbare groepen als uitgangspunt nemen. Het gaat dan onder meer om mensen die langdurig en in sterke mate afhankelijk zijn van zorg en die niet of nauwelijks voor hun rechten en belangen kunnen opkomen.

Mensen op maatschappelijk vlak als gelijken behandelen houdt meer in dan hen de zorg te bieden die hun toekomt. Wie enkel dit laatste doet, laat hen in de rol van passieve ontvangers van zorg. Gelijke waardering omvat ook de opdracht hen als volwaardige subjecten te erkennen en er alles voor te doen om marginaliseringsprocessen te keren.

3. EEN CHRISTELIJKE INSTELLINGSCULTUUR

De gezondheidszorg mag nooit louter vanuit het oogpunt van efficiëntie benaderd worden. Integendeel, in een christelijke verzorgingsinstelling moet een bedrijfsmatige aanpak ingebed worden in een moreel, gemeenschapsbevorderend perspectief. Een christelijke verzorgingsinstelling moet kunnen uitgroeien tot een pedagogisch milieu waar zorgverleners zich kunnen bekwamen in de beoefening van de houdingen en kwaliteiten die van essentieel belang zijn om de christelijke identiteit in de praktijk vorm te geven. Het beleid moet de instelling zo organiseren dat er zich een christelijke instellingscultuur kan ontwikkelen. Een van de middelen hiertoe is dat de dialoog met het personeel en andere belanghebbende partijen in stand wordt gehouden.

AANREKENEN VAN KAMER- EN HONORARIUMSUPPLEMENTEN IN ZIEKENHUISVERBAND

- BAEYENS, A. - DERIEUW, S., Supplementen aanrekenen aan de patiënt. Wat kan, wat mag?, in *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 3(1997-1998) 63-82.
- CALCOEN, P. - CORREMANS, B., Honorariumsupplementen van artsen bij opname in een ziekenhuis, in *Rechtskundig weekblad* (1995-1996) nr. 12 377-389.
- CLAEYS, A., Informatieplicht inzake medische honoraria. Een nieuw KB ook een nieuwe waarborg voor de patiënt?, in *Vlaams tijdschrift voor gezondheidsrecht* (1991-1992) p. 389.
- HACHE, R. - SOKAL, G., Honoraria, in *Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren* 50 (1990), p. 21.
- VANSWEEVELT, T., De cadeaucultuur in de medische sector. There is no such thing as a free lunch?, in *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 4 (1998-1999) 12-22.
- Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren (1995):

Art. 71 De geneesheer moet gematigd en bescheiden zijn bij het vaststellen van het ereloon betreffende zijn prestaties. Binnen deze perken mag hij rekening houden met de belangrijkheid van de geleverde prestaties, de economische toestand van de patiënt, zijn eigen faam en de eventuele bijzondere omstandigheden. Hij weigert niet aan de zieke of diens vertegenwoordigers uitleg te verstrekken omtrent het bedrag van het ereloon betreffende zijn prestaties.

AANREKENEN VAN KAMER- EN HONORARIUM-SUPPLEMENTEN IN ZIEKENHUISVERBAND

1. HUIDIGE STAND VAN ZAKEN

- Worden in uw instelling kamer- en/of honorariumsupplementen aangerekend?
- Op welke wijze wordt de patiënt in uw instelling geïnformeerd over de gangbare regeling in verband met kamer- en honorariumsupplementen?
- Bevat de onthaalbrochure specifieke en duidelijke informatie over hoe de ziekenhuisfactuur wordt samengesteld?
- Hoe worden patiënten opgevangen die klachten hebben i.v.m. de samenstelling van de ziekenhuisfactuur ?

2. CHRISTELIJK-ETHISCHE BASISPRINCIPES

- Hoe omschrijft u de sociale verantwoordelijkheid van de christelijke verzorgingsinstelling en van de hieraan verbonden artsen?
- In welke mate inspireren de in het advies opgenomen christelijk-ethische basisprincipes de keuzen die in uw verzorgingsinstelling gemaakt worden m.b.t. het aanrekenen van supplementen?
- Wordt in uw verzorgingsinstelling een evenwicht nagestreefd tussen enerzijds instrumentele (bedrijfsmatige) waarden (bijvoorbeeld prestatiegerichtheid, macht, geldelijke beloning, efficiëntie e.d.) en anderzijds morele waarden (bijvoorbeeld solidariteit, burgerzin, eerlijkheid, bescheidenheid, rechtvaardigheidszin e.d.)?
- Hoe wordt binnen uw instelling gestreefd naar een juist evenwicht tussen enerzijds de financiële aspecten van het beheer en anderzijds de centrale doelstelling van de christelijke verzorgingsinstelling, m.n. mensen verzorgen in de geest van het evangelie?

3. RAAD VAN BEHEER, DIRECTIE EN ARTSEN

- Is de regeling i.v.m. kamer- en/of honorariumsupplementen in uw instelling

bespreekbaar?

- Welke visie hebt u binnen uw instelling over de specifieke verantwoordelijkheden van de overheid, artsen, directieleden en beheerders met betrekking tot kamer- en honorariumsupplementen?
- Bestaat er tussen de raad van beheer, de directie, de medische raad en artsen overleg met betrekking tot het aanrekenen van honorariumsupplementen?
- In welke mate worden artsen gestimuleerd om gematigd en bescheiden te zijn bij het vastleggen van hun honorarium?
- Hoe wordt in uw verzorgingsinstelling omgegaan met praktijken die als 'zwarte supplementen' bestempeld kunnen worden?
- Welke garanties worden geboden opdat sommige patiëntengroepen (minder mondige patiënten, extra verzekerden, e.d.) niet meer kans lopen supplementen te moeten betalen dan andere patiënten?

