



Meer is nodig, meer is mogelijk

een zeker pensioen

veilige banken

eerlijke fiscaliteit

een sterke gezondheidszorg

duurzame energie

meer sociale gelijkheid en betrokkenheid

kwaliteitsvol werk

Mensen zijn bezorgd. Over hun pensioen, hun job, hun spaargeld, hun energiefactuur. Over de zorg die ze nodig hebben, of zullen nodig hebben. En over ongelijke behandeling, in welke situatie dan ook. Die zorgen zijn terecht. Te meer omdat de federale regering weinig tot niets onderneemt. Ze staat erbij en kijkt ernaar. Maar nietsdoen is achteruitgaan, vinden wij.

De overheid kan meer doen. Zij kan het belang van mensen opnieuw centraal stellen, in plaats van de winst. De vrije markt heeft gefaald, en de federale regering wil niet lukken. Dat kunnen we niet aanvaarden.

We hebben visie nodig. Een toekomstvisie die de problemen van vandaag en morgen oplost. Met visie kunnen we de blokkeringen in onze samenleving opheffen.

Samen werken we aan onze toekomst. We roepen iedereen op om mee te denken. Want wat we nu beslissen, bepaalt de toekomst van ons allemaal.

Deze ontwerptekst werd goedgekeurd door het **sp.a**-partijbureau op 29 maart 2010. Via regionale voorrondes in het voorjaar kan iedereen mee discussiëren. We nodigen ook iedereen uit op de Visie 2010-website www.visie2010.be.

Vanaf september kunnen de **sp.a**-leden via hun afdelingen amendementen indienen. En op 16 en 17 oktober is iedereen welkom op het Visie 2010-congres, en beslissen de **sp.a**-leden over de definitieve tekst.

Meer info > Visie2010@s-p-a.be > 02 552 02 00

Een sterke gezondheidszorg

Inhoudstafel

1. Onze principes

2. Omgevingsanalyse

2.1 Toegang tot gezondheidszorg voor iedereen

2.2 Betaalbaarheid van gezondheidszorg voor iedereen

2.3 Aanbod van de gezondheidszorg

2.3.1 Not for profit

2.3.2 Vrijheid van keuze

2.3.3 Kwaliteit kan beter

2.3.4 Preventie blijft achter

2.3.5 Innovatie maakt geneeskunde beter, maar niet noodzakelijk goedkoper

2.3.6 Extra vraag naar geschoold personeel

2.3.7 Wie screent de dokters en ziekenhuizen?

3. Voorstellen voor ‘WZ 2.1’

3.1 Een ziekteverzekering alles en iedereen inbegrepen

3.2 Een veralgemeende derdebetaleregeling

3.3 Een sterk ontwikkelde gezondheidspromotie en preventie

3.4 Een centrale eerstelijnsrol voor de huisarts

3.5 Een integrale benadering via zorgtrajecten, in het bijzonder voor chronische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg

3.6 Kwaliteitsmeting en -monitoring door de mutualiteiten in samenwerking met patiëntenplatformen

3.7 Financiële responsabilisering van elke schakel

3.8 Prikkel voor medische innovatie

1. Onze principes

De visie van **sp.a** op gezondheidszorg is gebaseerd op een eenvoudig beginsel: **iedereen heeft recht op een volledig en kwalitatief aanbod aan gezondheidszorg, gezondheidspreventie en gezondheidspromotie**. Dit principe omvat drie elementen: iedereen, volledig en kwalitatief.

Iedereen. Gezondheidszorg moet toegankelijk en betaalbaar zijn voor iedereen. Dit betekent dat de kost van de zorg mensen niet mag verhinderen de nodige zorg te nemen. Onze gemeenschap moet dus genoeg middelen voorzien om aan de noden inzake gezondheidszorg te voldoen. In ons systeem van ziekteverzekering betekent dit dat iedereen wettelijk en verplicht deel uitmaakt van de verzekering. Als je toelaat dat de één eruit stapt, of een ander geweigerd wordt, kunnen we niet langer garanderen dat iedereen zijn recht op gezondheidszorg zal kunnen uitoefenen.

Volledig. Het volledige gamma van nodige gezondheidszorg moet ter beschikking staan van iedereen. Dit impliceert zowel lichamelijke als geestelijke gezondheidszorg. Dit is niet enkel een sociale eis. Een wettelijke ziekteverzekering zoals de onze moet alle medische zorg omvatten, anders verplicht je mensen om zich aanvullend te verzekeren en kan je de toegang tot de nodige zorg niet meer voor iedereen garanderen.

Kwaliteitsvol. Een volledig aanbod van gezondheidszorg voor iedereen is zonder waarde als de kwaliteit van de zorg niet mee evolueert met de hedendaagse mogelijkheden op medisch-technologisch en wetenschappelijk vlak en op het vlak van dienstverlening. Grotere welvaart impliceert een streven naar betere zorg. Onder kwaliteitsgezondheidszorg verstaan we niet enkel een optimale verzorging van wie ziek is, maar evenzeer het voorkomen van ziekte en een betere begeleiding van patiënten tijdens hun genezing of verzorging.

Deze principes zijn eenvoudig en tijdloos. Ze dienden als inspiratie toen de vakbonden en de mutualiteiten in het midden van de 19^{de} eeuw de eerste stappen zetten naar sociale bescherming. Net zozeer als toen Achiël Van Acker in 1944 de sociale zekerheid inrichtte in de schoot van de overheid. Ook nu inspireren ze ons om het stelsel blijvend te verbeteren. Deze principes moeten steeds opnieuw afgetoetst worden aan een telkens veranderende omgeving.

In de toepassing van deze principes moeten er uiteraard bepaalde keuzes afgewogen worden tegenover de andere maatschappelijke prioriteiten. Vandaar dat het gezondheidszorgsysteem, dat dit recht voor iedereen realiseert, ook doelmatig moet zijn. Elke euro die we investeren moet maximaal tot gezondheidsverbetering leiden.

In het volgend deel maken we een omgevingsanalyse, waarna we voorstellen formuleren om onze gezondheid te verbeteren en onze ziekteverzekering verder te garanderen.

2. Omgevingsanalyse

Vooraleer voorstellen voor verbetering te formuleren, gaan we na in welke mate we onze principes realiseren met ons huidig systeem van gezondheidszorg, welke factoren die realisatie in gevaar zouden kunnen brengen en welke kansen er zijn voor verbetering van onze gezondheid.

2.1 Toegang tot gezondheidszorg voor iedereen

In ons land valt nu 99 procent van de inwoners onder de wettelijke ziekteverzekering (WZ). Dit is ook het geval in alle EU-landen waarover data beschikbaar zijn. Ook mensen die geen rechten hebben opgebouwd door bijdragen te betalen, vallen in België onder de wettelijke verzekering.

In 2006 waren bijna 5 miljoen personen aanvullend verzekerd bij een private ziekteverzekeraar en naar schatting 2,6 miljoen mensen bij een ziekenfonds. Zij betalen dus, al dan niet via hun werkgever, zowel hun verplichte bijdrage voor de WZ als de premie voor een hospitalisatieverzekering. Het aandeel van de aanvullende ziekteverzekeraars (private verzekeraars en ziekenfondsen samen) in de nationale uitgaven voor gezondheidszorg bedroeg in 2006 slechts 5,5 procent¹. Met deze aanvullende verzekeringen kopen mensen enerzijds extra comfort en anderzijds een hogere tussenkomst in de kost van de zorg.

- De private hospitalisatieverzekering zorgt er vooral voor dat de éénpersoonskamer beschikbaar wordt voor een groter deel van werknemers en hun gezinsleden, terwijl dit comfort vroeger voorbehouden was voor de hoge inkomensklasse. Wie geen eenpersoonskamer wenst, is even goed af met een eenvoudige bijkomende 'sociale' verzekering van een ziekenfonds, die goedkoper is en er toch voor zorgt dat de eigen opleg in het ziekenhuis zeer beperkt blijft.
- Met een private verzekering betaalt de patiënt geen remgelden. De private verzekering betaalt medische attributen als prothesen of implantaten beter terug en vergoedt behandelingen die nog niet door de WZ worden terugbetaald.

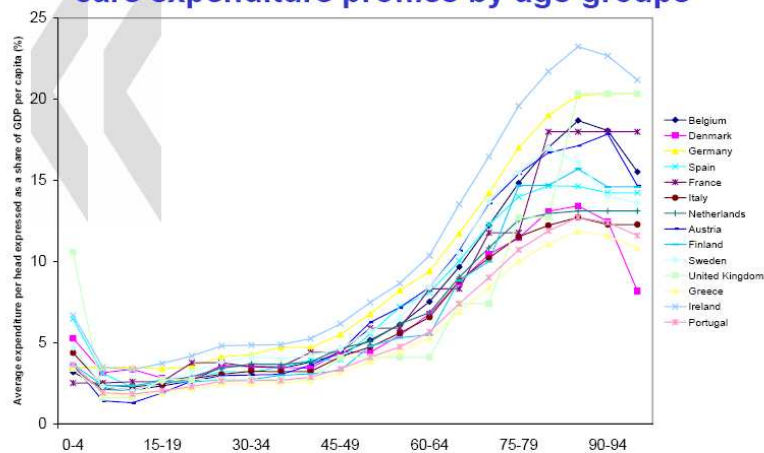
De private hospitalisatieverzekeringen in hun huidige vorm genereren geen wezenlijke verbetering voor een gelijke toegang tot gezondheidszorg. Dat hoeft niet te verwonderen: het risico ernstig ziek te worden is immers zeer ongelijk verdeeld over de bevolking en is grotendeels onafhankelijk van het inkomen. Wie ernstig ziek wordt, zeker op late leeftijd, kent soms enorm hoge kosten die iemand nauwelijks zelf kan dragen. Onderstaande grafiek maakt dit duidelijk: 90 procent van de bevolking verbruikt 30 procent van de middelen van de ziekteverzekering, terwijl 10 procent maar liefst tot 70 procent van de middelen verbruikt. Er is niemand die er voor kiest om deel te zijn van die laatste 10 procent, maar als het iemand overkomt, zou dat meteen het persoonlijk failliet betekenen. Het is moeilijk indenkbaar hoe binnen zo'n 'scheve verdeling' een vrije verzekeringsmarkt kan worden georganiseerd, zonder dat aan risicoselectie wordt gedaan. Commerciële verzekeringen zullen nooit het werk van een solidaire

¹ Assuralia. De nationale uitgaven in de gezondheidszorg - 5de editie, februari 2008.

verplichte ziekteverzekering kunnen overnemen. De premies van private verzekeringen houden immers geen rekening met het inkomen, maar worden bepaald in functie van risicofactoren. Wie wil in zo'n systeem de hoge risico's verzekeren?

Figuur 2: Uitgaven voor gezondheidszorg nemen sterk toe met de leeftijd (AGIR-project, OESO)

The projection framework is based on the health care expenditure profiles by age-groups



Source: European Network of Economic Policy Research Institutes, The AGIR project OECD 3 OCDE

Source: European Network of Economic Policy Research Institutes, The AGIR project OECD 3 OCDE

Een geprivatiseerde ziekteverzekering kan enkel met een duurder wordende gezondheidszorg overweg, wanneer ze zoveel mogelijk gezonde verzekerden probeert te houden en degenen met het grootste risico -wie oud of ziek is- uitsluit. En als ze zich concentreert op diegenen die zonder probleem snel stijgende premies kunnen opvoeren. We hebben dit de laatste jaren zien gebeuren in België. Sinds 2004 zijn de premies voor de hospitalisatieverzekering van private ziekteverzekeraars explosief gestegen waarbij vooral oudere mensen worden geconfronteerd met onbetaalbare premies.

De zogenaamde wet-Verwilghen had in 2007 nochtans de doelstelling om de individuele verzekerden een levenslang contract aan te bieden aan geleidelijke tarieven via de invoering van een medische index. Met deze wet wou de overheid een aantal misbuiken bij de private hospitalisatieverzekeringen tegengaan en de verzekerden beter beschermen. De rechten van de verzekerden werden op een aantal punten aanzienlijk verbeterd. De essentiële regel is dat een private ziekteverzekering levenslang moet gelden onder dezelfde voorwaarden. De premies zouden enkel kunnen worden gewijzigd op een geleidelijke manier zoals door de wet voorzien. Chronisch zieken en personen met een handicap kregen toegang tot een private hospitalisatieverzekering. Tenslotte voorzag de wet in een recht op individuele voortzetting van een collectieve

hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden voor de verzekerde en zijn gezinsleden.

Begin 2009 is door de federale regering een reparatiewet goedgekeurd tegen de belangen van de verzekerden. Prijsstijgingen werden goedgekeurd, de opgebouwde reserves niet toegekend aan de verzekerden, segmentering op basis van leeftijd en een mogelijkheid om buiten iedere objectieve index de premies te verhogen werden ingesteld. De ingevoerde medische index^{2 3} is eerder een verzekering voor de verzekerders, zodat ze in de toekomst voldoende inkomsten kunnen genereren, dan een garantie voor de verzekerden dat de premie op een objectieve manier wordt aangepast. Op langere termijn zijn er nog andere effecten. Onderzoek door de OESO⁴ toont aan dat een combinatie van publieke en private gezondheidszorg de gezondheidsongelijkheid vergroot en de toegankelijkheid vermindert. Patiënten zonder private verzekering staan langer op de wachtlijst, de arts besteedt minder tijd aan hen, zij worden uitgesloten van de nieuwste behandelingswijzen. Omgekeerd: de inkomsten uit patiënten mét een private verzekering worden vaak gebruikt als alternatieve ziekenhuisfinanciering. Ook dit zien we gebeuren in België. De hospitalisatieverzekeringen zijn een bron van ziekenhuisfinanciering die de patiënten met zo'n verzekering dreigt te bevoordelen ten opzichte van de patiënten zonder.

2.2 Betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor iedereen

De WZ, al dan niet aangevuld met een private hospitalisatieverzekering, maakt voor de meeste mensen quasi alle zorg betaalbaar. Dat is vanzelfsprekend geen natuurlijk gegeven, maar het resultaat van de beleidskeuzes die in het verleden zijn gemaakt. Daarbij werd ervoor gezorgd dat zowel hogere als lage inkomens baat hebben bij de WZ.

De Maximumfactuur, ingevoerd in 2002, houdt het remgeld geplafoneerd wanneer iemand veel zorg nodig heeft, bijvoorbeeld omwille van één of meerdere ziekenhuisopnames. Per jaar betaalt een gezin maximaal 450 euro (voor de laagste gezinsinkomens) tot 1.800 euro (voor de hoogste gezinsinkomens).

De WZ betaalde in 2007 via het systeem van de maximumfactuur bijna een vijfde van de remgelden van de Belgen.

² K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis4, §3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, *BS*, 8 februari 2010.

³ De eerste medische indexcijfers werden gepubliceerd in het *BS* van 26 februari 2010.

⁴ Colombo, Francesca; Tapay, Nicole, Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, OECD HEALTH WORKING PAPERS, 2004.

2007	Bedrag	Aandeel
Betaalde remgelden	1.716.731 euro	100%
Terugbetaalde remgelden via de Maximumfactuur	286.576 euro	17%
Werkelijk betaalde remgelden	1.430.155	83%

Elk jaar worden nieuwe maatregelen genomen om de betaalbaarheid van medische zorg beter te garanderen voor iedereen. Door bijvoorbeeld modernere implantaten binnen de WZ te brengen en door een verhoogde tegemoetkoming toe te kennen aan meer mensen, zoals in 2007 met behulp van het OMNIO-statuu⁵.

De WZ betaalde in 2007 gemiddeld 1.500 euro terug per gewone rechthebbende. Belgen met een laag inkomen en dus met een verhoogde tegemoetkoming kregen bijna driemaal zoveel terugbetaald.

2007	zonder verhoogde tegemoetkoming vrouwen	zonder verhoogde tegemoetkoming mannen	met verhoogde tegemoetkoming vrouwen	met verhoogde tegemoetkoming mannen	totaal werknemers	regeling van zelfstandigen	Totaal
aantal aangeslotenen	4.140.769	4.032.139	722.170	486.645	9.381.723	1.000.472	10.382.195
gemiddelde tenlasteneming per recht-hebbende (euro)	1.504,16	1.286,69	4.987,00	4.575,09	1.838,09	1.163,33	1.773,06

In de laatste 20 jaar is door verschillende sociale maatregelen de dekking van de WZ verder opgetrokken. Personen die een zelfstandige activiteit uitoefenen genieten sinds januari 2008 van een volledige dekking met inbegrip van de zogenaamde kleine risico's (consultatie van geneesheer en tandarts, geneesmiddelen, kinesithérapie,...). Een miljoen zelfstandigen heeft nu strikt genomen geen aanvullende verzekering meer nodig, waardoor de solidariteit van het wettelijk stelsel versterkt is.

⁵ Verhoogde tegemoetkoming - maximumjaarbedrag van het brutoinkomen: 15.063,45 euro; OMNIO - maximumjaarbedrag van het brutoinkomen: 14.778,26 euro.

De opname van de kleine risico's, de verhoogde tegemoetkoming, het OMNIO-statuuut en de Maximumfactuur zijn sociale maatregelen die behoren tot de fundamentele verwezenlijkingen van de WZ. Een aantal recente studies geven aan dat daarmee de problemen inzake de betaalbaarheid en de betere toegankelijkheid nog niet volledig zijn 'opgelost'.

We stellen vast dat er ongelijkheid blijft in het gebruik van gezondheidszorg. Mensen met lagere inkomens, die meestal een hogere zorgbehoefte hebben, maken opvallend minder gebruik maken van de zorgvoorzieningen. Ze zijn ook ondervertegenwoordigd als er programma's inzake gezondheidspreventie- en promotie worden opgezet.

Volgens de Nationale Gezondheidsenquête 2004 vond 29 procent van de huishoudens de eigen uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk tot zeer moeilijk te dragen. In 2006 behoorde 0,5 procent van de Belgen tot een huishouden waar men het voorgaande jaar een medisch onderzoek voor iemand van het huishouden had moeten uitstellen om financiële redenen, omwille van wachtlijsten of omwille van de afstand. Voor de 20 procent laagste inkomens ligt dit aandeel hoger (1,8 procent). Dit is evenwel één van de laagste percentages in de EU. Op zich een mooie verwezenlijking, maar het gaat nog steeds om vele duizenden mensen die nuttige zorg uitstellen. Ons land volgt bovendien de Europese trend waarbij de onvervulde noden stijgen naargelang het inkomen van de gezinnen lager ligt.

Figuur 40: Mensen met onvervulde noden aan medisch onderzoek naar equivalent inkomenskwintiel (in procent).

2006	EU25	BE
Kwintiel 1	6,2	1,8
Kwintiel 2	4,1	0,4
Kwintiel 3	3	0,2
Kwintiel 4	2,5	0,2
Kwintiel 5	1,7	0,1
Totaal	3,5	0,5

Bron: Eurostat, EU-SILC

Een negatiever resultaat blijkt uit een recent onderzoek van consumentenorganisaties in enkele Europese landen. Gezinnen met een netto gezinsinkomen beneden 1.000 euro per maand besteden in ons land gemiddeld 16 procent aan gezondheidskosten, voor inkomens boven 2.000 euro blijft dit aandeel beperkt tot 7 procent of minder. Vooral gezinnen met een chronisch zieke persoon in hun midden betalen in verhouding meer.

Essential yearly health expenses as a proportion of net available household income by household characteristics								
household characteristics	BELGIUM		ITALY		PORTUGAL		SPAIN	
	N	% of income (mean)	N	% of income (mean)	N	% of income (mean)	N	% of income (mean)
Average net household income								
< 1000 euro/month	74	16%	118	18%	442	28%	128	18%
1000 - 1499 euro/month	210	15%	229	20%	454	19%	249	15%
1500 - 1999 euro/month	136	10%	202	14%	199	14%	160	12%
2000 - 2499 euro/month	77	7%	163	10%	99	14%	105	10%
2500 - 2999 euro/month	53	7%	72	12%	48	12%	70	8%
3000 - 3999 euro/month	47	7%	62	7%	34	8%	42	7%
4000 or more euro/month	23	3%	26	5%	27	11%	30	5%
Statistics (ANOVA)	p(F) < 0.01; controlled by Dunnett C		p(F) < 0.01; controlled by Dunnett C		p(F) < 0.01; controlled by Dunnett C		p(F) < 0.01; controlled by Dunnett C	
Household members with a chronic disease								
No	476	9%	590	12%	825	17%	553	11%
Yes	201	17%	419	17%	541	26%	363	16%
Statistics (T-TEST)	p < 0.01		p < 0.01		p < 0.01		p < 0.01	

Testaankoop, 2010

De beleidsmaatregelen van de voorbije jaren hebben gezondheidszorg beter betaalbaar gemaakt voor het overgrote deel van de patiënten en zorgbehoevenden. Het werk is evenwel niet af. De vraag naar de betaalbaarheid van de WZ vanuit het standpunt van de gemeenschap dient ook gesteld te worden.

De wettelijke ziekteverzekering is goed voor 27, 2 miljard euro (8,0 procent van het BNP). Binnen de RSZ heeft de gezondheidszorg een aandeel van ongeveer één derde. De veroudering van de bevolking, de hogere levensverwachting en de medische vooruitgang stellen, zoals iedereen weet, onze samenleving voor een belangrijke uitdaging. Ieder wil, terecht, genieten van zijn oude dag en wil lang en gezond leven. Dat is zeer goed mogelijk, ook al kost het geld, op alle beleidsniveaus.

De groei van de gezondheidsuitgaven in ons land is een grotendeels verantwoorde groei. De ontwikkeling van nieuwe en dure geneesmiddelen, medische materialen en technologieën, de stijgende loonkost in de sociale sector en de vergrijzing verklaren waarom de gezondheidszorg -in alle landen trouwens- een steeds groter aandeel krijgt in de besteding van het BBP en dus van de welvaart. Het probleem van uitgavengroei situeert zich daar waar er een discrepantie ontstaat tussen 'meer kosten' en 'meer gezondheid'. Met andere woorden waar de goede besteding van de middelen in het gedrang komt.

De Studiecommissie voor de Vergrijzing voorziet een stijging van de uitgaven in de gezondheidszorg met 4,2 procent van het BBP tussen 2008 en 2060, waarbij zowel de uitgaven voor acute als voor langdurige zorg toenemen.

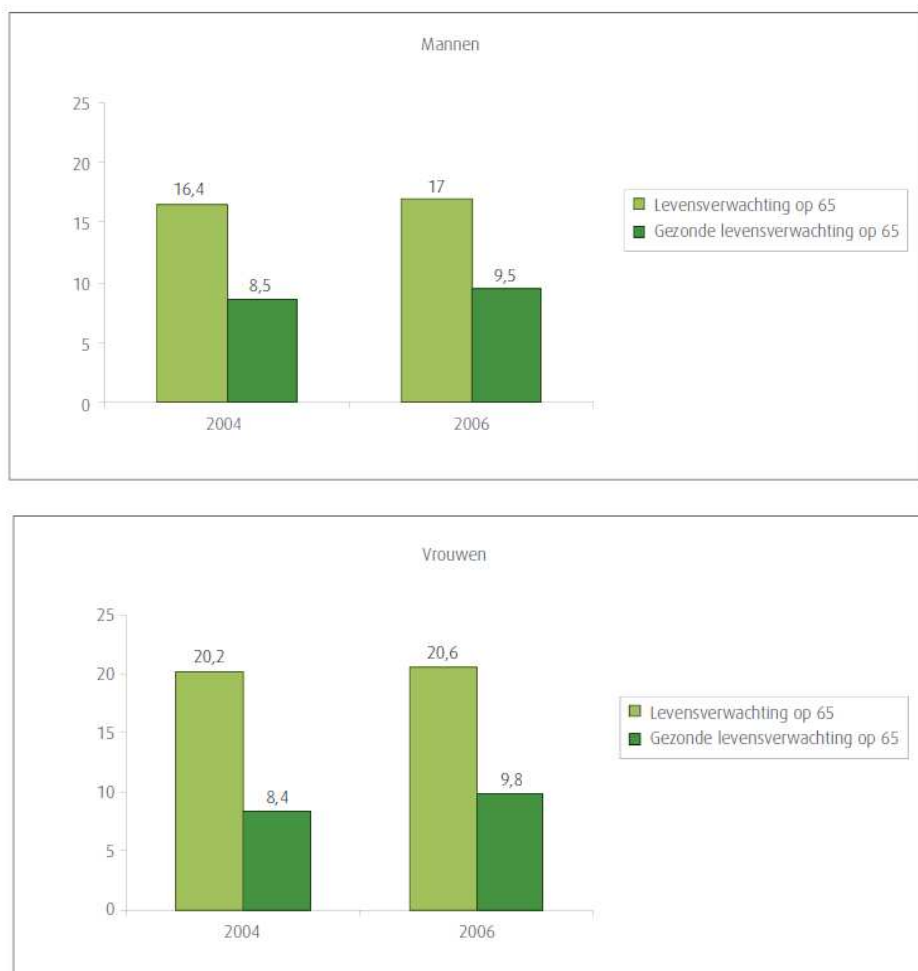
Figuur 24: Kost van de vergrijzing in procent van het BBP.

Componenten van de vergrijzingskost	2008	2014	2030	2060	2008-2014	2014-2060	2008-2060
Pensioenen	9,1	10,3	13,3	14,4	1,2	4,1	5,3
Gezondheidszorg:	7,3	8,6	9,5	11,5	1,3	2,9	4,2
- Acute gezondheidszorg	6,1	7,2	7,9	8,8	1,1	1,5	2,6
- Langdurige gezondheidszorg	1,2	1,4	1,6	2,8	0,2	1,4	1,6
Arbeidsongeschiktheid	1,3	1,5	1,4	1,3	0,1	-0,1	0
Werkloosheid	1,9	2,3	1,5	1,2	0,4	-1,1	-0,7
Brugpensioen	0,4	0,5	0,3	0,3	0	-0,1	-0,1
Kinderbijslag	1,6	1,6	1,4	1,2	0	-0,4	-0,4
Overige sociale uitgaven	1,6	1,7	1,6	1,4	0,1	-0,3	-0,2
TOTAAL	23,2	26,4	29	31,3	3,2	4,9	8,2

Bronnen: Studiecommissie voor de Vergrijzing, jaarverslag juni 2009

In 2006 bedroeg de levensverwachting op 65-jarige leeftijd 17 jaar voor mannen, waarvan 9,5 jaar in goede gezondheid, en 20,6 jaar voor vrouwen, waarvan 9,8 jaar in goede gezondheid. De extra gezonde levensjaren stegen van 8,5 tot 9,5 jaar tussen 2004 en 2006, iets meer dan de algemene levensverwachting. We leven dus langer, maar we leven minder lang in ziekte. De meerkosten van de vergrijzing zijn dus vooral te verklaren doordat meer personen in hun laatste hoogbejaarde jaren intensievere zorg nodig hebben.

Figuur 23: Levensverwachting en gezonde levensverwachting op de leeftijd van 65 jaar (in jaren)



Bronnen: Eurostat, HIS

2.3 Aanbod van de gezondheidszorg

2.3.1 Not for profit

Een basiskenmerk van ons gezondheidsaanbod is het sociale ondernemerschap. Er bestaat in ons land geen 'for-profit' commerciële geneeskunde van enige omvang. Onze ziekenhuizen zijn geen bedrijven die in de eerste plaats winst voor hun aandeelhouders nastreven. Het zijn ofwel verzelfstandigde publieke ziekenhuizen, ofwel vzw-ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen (zowel de publieke als de vzw-ziekenhuizen die vaak fuseerden met een OCMW-ziekenhuis) werden decretaal verplicht om alle patiënten op te nemen en kregen daardoor allemaal een meer expliciet openbaar karakter. Apothekers, artsen, kinesitherapeuten en thuisverpleegkundigen werken meestal als zelfstandigen of in een vennootschap. Met uitzondering van een beperkt aantal privé-klinieken voor cosmetische ingrepen, zijn alle zorgverstrekkers aangesloten bij de WZ

en worden hun erelonen berekend volgens de regels die daar gelden. We laten de gezondheidszorg dus niet over aan de markt.

Dit systeem biedt veel voordelen: of je rijk bent of niet, je krijgt dezelfde goede medische zorg, van dezelfde artsen en in hetzelfde ziekenhuis. Anders gezegd: onze WZ is 'goede zorg inbegrepen'. In Europa is dit over het algemeen ook de regel. Duitsland en het Verenigd Koninkrijk zijn uitzonderingen: 10 procent van de rijkere Duitsers is privaat verzekerd en krijgt daardoor meer keuzevrijheid van arts en ziekenhuis. Private patiënten worden voorgenomen op andere patiënten en hebben ook eerder dan de wettelijk verzekerden toegang tot de nieuwste medische technieken. In het Verenigd Koninkrijk is de situatie gelijkaardig, met 1 op de 10 inwoners die privaat verzekerd zijn. In het Verenigd Koninkrijk zijn er bovendien commerciële ziekenhuizen, naast de publieke en non-profit voorzieningen. De private non-profit en commerciële ziekenhuizen samen tellen er wel minder dan 5 procent van de bedden.

In tegenstelling tot deze landen hebben we er in België voor gekozen om iedereen aan boord te houden van de WZ. Er is geen 'opting out' zoals in Duitsland en er is geen commerciële ziekenhuissector zoals in Engeland.

2.3.2 Vrijheid van keuze

In ons land kiezen we zelf onze arts en het ziekenhuis waar we behandeld willen worden. We hebben toegang tot specialisten zonder eerst langs de huisarts te moeten passeren. Het Belgische gezondheidssysteem wordt voor deze keuzevrijheid gewaardeerd door de bevolking, wat het enorme voordeel heeft dat het draagvlak ervoor hoog is.

De vrijheid van de patiënt wakkert de concurrentie tussen zorgverstrekkers aan. Het is een medaille met twee kanten:

- Enerzijds is er een hoge patiëntentevredenheid. Een tevreden patiënt blijft en genereert een inkomen voor de zorgverstrekker, een misnoegde patiënt kiest voor een andere aanbieder. Dat verklaart ook voor een stuk waarom lange wachtlijsten bij ons zo goed als onbestaand zijn: aanbieders moeten steeds paraat staan.
- Anderzijds zorgt dit niet noodzakelijk voor betere geneeskunde en een rationeel gebruik van middelen. Door de aard van het systeem is de individuele arts zeer gevoelig voor de subjectieve noden van patiënten. Als een patiënt zelf een bepaalde behandeling of geneesmiddel verlangt, is het voor de zorgverstrekker verleidelijk om daaraan toe te geven, zelfs indien wat de patiënt wil niet nuttig is. Denken we maar aan het veelvuldig voorschrijven van antibiotica in gevallen waar dit totaal geen zin heeft en zelfs meer kwaad doet dan goed. Bovendien werkt dit systeem het 'medisch shoppen' in de hand. Iedereen heeft uiteraard recht op een tweede advies, maar het vrij consulteren leidt tot een oplopend kostenplaatje, vooral als gevolg van het herhaaldelijk uitvoeren van dure technische onderzoeken.

Ook de arts kent in België een grote therapeutische vrijheid. In onze visie is dat essentieel voor een volwaardige gezondheidszorg.

Anderzijds bestaat het gevaar dat zorgverstrekkers hun inkomen op peil houden door een groot aantal verstrekkingen en een voorkeur voor duurdere geneesmiddelen, die niet noodzakelijk altijd verantwoord zijn. Zo ontstaat een aanbodgestuurde vraag, die leidt tot overbodige onderzoeken en behandelingen.

In haar rapporten waarschuwde het Federaal Kenniscentrum herhaaldelijk voor nutteloze, door de aanbodzijde geïnduceerde onderzoeken, bijvoorbeeld inzake cardiologische onderzoeken⁶.

Het rapport van de Commissie voor Begrotingscontrole van het RIZIV voor het jaar 2010 wijst ook op niet verklaarde stijgingen in de medische beeldvorming. Een voorbeeld: in 2004 werden in ons land bijna 400.000 radiografieën van de wervelkolom uitgevoerd buiten het ziekenhuis, voor een terugbetaald bedrag van bijna 15 miljoen euro. Veel van die radiografieën worden routinematig voorgeschreven voor mensen met lage rugpijn. Nochtans heeft dit in de meerderheid van de gevallen totaal geen nut. Een deel van dit bedrag zou men dus kunnen besteden aan onderzoeken of behandelingen waarvan het nut duidelijker is⁷.

De keuzevrijheid van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de arts zijn belangrijk maar mogen niet leiden tot overconsumptie en nutteloze onderzoeken of verwijzingen. We willen streven naar maximale kwaliteit terwijl we de efficiëntie en kosten van het systeem beter bewaken.

2.3.3 Kwaliteit kan beter

Kwaliteit is dan ook een van de aspecten van ons gezondheidsbeleid waarop we internationaal minder goed scoren: op de Euro Health Consumer Index komen we op een niet benijdenswaardige elfde plaats terecht.

EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2009 AT A GLANCE:								
Rank	Country	Change	Rank	Country	Change	Rank	Country	Change
1	Netherlands	-	12	Finland	-3	23	Croatia	+6
2	Denmark	-	13	Ireland	+2	24	Greece	-5
3	Iceland	N/A	14	UK	-1	25	FYROM	+5
4	Austria	- 1	15	Italy	+1	26	Malta	-3
5	Switzerland	+2	16	Slovenia	+4	26	Poland	-1
6	Germany	-	17	Czech Republic	-1	28	Slovakia	-6
7	France	+3	18	Estonia	-7	29	Lithuania	-5
8	Sweden	-3	19	Cyprus	+2	30	Albania	N/A
9	Luxembourg	-5	20	Hungary	-6	31	Latvia	-
10	Norway	-2	21	Portugal	+5	32	Romania	-5
11	Belgium	+1	22	Spain	-4	32	Bulgaria	-5

⁶ KCE reports 14A: Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardiinfarct in België.

⁷ Testaankoop, Test Gezondheid, nr. 43, 2001.

De EHCI 2009 is een brede kwaliteitsmaatstaf, niet geheel accuraat maar voorlopig de enige beschikbare index. De index groepeerde 38 kwaliteitsindicatoren in zes categorieën:

- Patiëntenrechten en –informatie.
- Uitbouw van e-health.
- Wachttijden.
- Toegankelijkheid en bereik van het aanbod.
- Vastgestelde ziektegevallen.
- Toegang tot en betaalbaarheid van geneesmiddelen.

Ons land presteert zoals te verwachten sterk inzake wachttijd voor behandelingen evenals voor toegankelijkheid en bereik (bijvoorbeeld vaccinaties) van het aanbod. Op de andere vlakken doen we het een stuk minder. Kwaliteitstekorten kunnen de geloofwaardigheid en de efficiëntie van het gezondheidsbeleid in het gedrang brengen, zeker in een context waarbij de patiënt –terecht- steeds veeleisender wordt.

Patiëntenverenigingen willen geïnformeerd worden over de resultaten van kwaliteitsmetingen en –bewaking. Alle zorg die in ons land aangeboden wordt moet kwaliteitszorg zijn, maar er is steeds een grijze zone tussen doel en werkelijkheid. De patiënt heeft het recht te weten waar het misloopt. Het gaat tenslotte om zijn of haar gezondheid.

Wetenschappelijk gestaafe kwaliteitsindicatoren worden in meer en meer landen toegepast. Ook bij ons moeten ze toelaten om te weten waar bij zorgverstrekkers er zich problemen voordoen: om de *good practices* te herkennen, om de impact van wijzigingen in de financiering op de zorgkwaliteit van nabij te volgen en om een verantwoording van de zorguitgaven te leveren.

Momenteel verhinderen een aantal belangrijke tekorten in ons gezondheidssysteem de ontwikkeling van een efficiënt kwaliteitsapparaat:

1. De financiering en de normering in onze gezondheidszorg is sterk prestatiegebonden waardoor zorgverstrekkers weinig incentives krijgen om naar kwaliteitsverhoging te streven.
2. De kwaliteitszorg en bijbehorende kwaliteitsinspectie in de gezondheidszorg is in veel gevallen nog te procedureel en administratief.
3. Er worden tot op heden geen relevante kwaliteitsindicatoren en kostenplaatjes van ziekenhuizen publiek gemaakt worden.
4. Het getouwtrek over wie kwaliteit mag meten en sturen tussen de FOD Volksgezondheid, de administraties van de deelregeringen en de ziekenfondsen werkt remmend.

2.3.4 Preventie blijft achter

Het preventiebeleid blijkt geen politieke prioriteit te zijn in ons land. Ons land besteedt momenteel maar een minimaal deel van het zorgbudget aan preventieve ge-

zondheidszorg (0,1 procent van het BBP, tegenover 10 procent van het BBP voor curatieve zorg). Nochtans weet iedereen dat voorkomen goedkoper is dan genezen. Ook de regionale overheden, die de meeste bevoegdheden verkregen inzake preventieve gezondheidszorg, besteedden in 2007 gemiddeld slechts 6 procent van hun zorgbudget aan ziektepreventie. Internationaal zitten we nu in het midden van het peloton, achter onder meer Duitsland, Frankrijk, Canada, de VS, Ierland en Noorwegen⁸.

Er is nood aan een werkbaar model van gezondheidspromotie en preventie met bijzondere aandacht voor sociale ongelijkheid doorheen de verschillende vormen van preventie. Dit model omvat maatregelen die als doel hebben ziekte te voorkomen, de medische handelingen die de ernst van een ziekte beperken door vroegtijdige diagnose en de handelingen die de bedoeling hebben de risico's op hervallen te verminderen.

Ziektepreventie is bij uitstek transversaal, maar in dit kader bedoelen we met preventieve gezondheidszorg de handelingen die gebeuren in het kader van het gezondheidsbeleid en de budgetten die daarvoor voorzien zijn.

Door de ondermaatse preventie is onze gezondheidszorg duurder dan ze zou moeten zijn. Als we nu in preventie investeren, zal dit in de toekomst een sterke positieve weerslag hebben op de volksgezondheid en op de kosten verbonden aan de zorg voor meer zieken.

Meer specifiek gaat het om het aanpakken van de gevaren van ongezonde voeding, tabaksgebruik, zwaarlijvigheid en gebrek aan lichaamsbeweging. Op gezondheidsvlak gaat het over de succesgraad van onder meer:

1. Screeningsprogramma's, zoals baarmoederhalskankerscreening, vaccinatieschema's...
2. Het preventieve optreden van de huisarts, bijvoorbeeld controle op hypertensie en cholesterol.
3. De taken van Kind en Gezin, de Centra voor Leerlingbegeleiding...
4. Welzijn op het werk.

2.3.5 Innovatie maakt geneeskunde beter maar niet noodzakelijk goedkoper

Innovatie op vlak van geneeskunde en medische technologie is positief want ze zorgt voor een stijging van het aantal gezonde levensjaren. Veel van deze ontdekkingen zullen tegelijk voor de WZ kostenbesparend zijn. Een goed geneesmiddel maakt bijvoorbeeld andere ingrepen overbodig, vaccins voorkomen ziekten. Onder meer door digi-

⁸ Bron van data: Daue, François; Crainich, David, De toekomst van de gezondheidszorg. Diagnose en remedies, Itinera Institute, 2008. Noot: in feite vermeldt de OESO voor het jaar 2003 in België een overheidsuitgave voor preventie van 35 euro per inwoner. Maar om een vergelijking tussen verschillende landen mogelijk te maken, hebben de onderzoekers de KKP (koopkrachtpariteit) wisselkoers gebruikt. Deze omvat terzelfdertijd de wisselkoers tussen twee deviezen en het algemene prijsniveau. Dit laat toe een betere evaluatie te maken van de acties die met een bepaald bedrag in ieder land kunnen ondernomen worden. Door deze correctie bedraagt de overheidsuitgave voor preventie in België 28 euro per persoon.

tale hulpmiddelen kunnen mensen terug aan het werk in plaats van in de invaliditeit terecht te komen.

Anderzijds is innovatie dikwijls ook kostenverhogend. Gezondheidseconomen zijn van oordeel dat vooral de technologische vooruitgang zorgt voor een stijging van de medische uitgaven: nieuwe hoogtechnologische instrumenten, nieuwe dure geneesmiddelen, nieuwe medische materialen en implantaten... Vernieuwingen leiden tot extra uitgaven omdat ze het leven verlengen zonder te genezen of gewoon worden toegevoegd aan bestaande behandelingen.

Nieuwe technologieën komen nu in het systeem zonder dat de overheid zich daarover altijd veel vragen stelt. Eens aangekocht, worden medische toestellen vervolgens zoveel mogelijk ingezet om ze terugbetaald te zien via prestaties.

2.3.6 Extra vraag naar geschoold personeel

In de gezondheidszorg werken veel mensen. Maar veel van hun jobs zijn knelpuntberoepen: ondanks de oplopende werkloosheidscijfers is het moeilijk is om het nodige personeel te vinden. Verzorgende beroepen hebben geleidelijk aan aantrekkingskracht ingeboet bij jongeren, ten gevolge van een reputatie van minder goede lonen en relatief belastende arbeidsomstandigheden.

De vergrijzing en specialisering verhogen de vraag naar personeel in verschillende zorgsectoren. De maatschappelijke evolutie op gezinsvlak zorgt ervoor dat mantelzorg minder evident is geworden en er dus indirect nog een grotere druk op het personeelstekort wordt gelegd. Dit vertaalt zich op zijn beurt in de vraag naar scholing en opleiding, goede arbeidsvoorwaarden en correcte relatieve lonen.

Het is daarom belangrijk om deze jobs aantrekkelijker te maken. Waardering van het personeel in de social profit sector vereist dat we erin investeren. Zo is er een grote nood aan opleiding: een derde van de werknemers is ouder dan 45 jaar, velen hebben onvoldoende of geen PC-ervaring en hebben te weinig kansen om op de hoogte te blijven van innovaties in hun vakgebied.

De manpowerproblematiek is op dit ogenblik het meest merkbaar voor de verpleegkundigen, zowel in de ziekenhuizen en residentiële zorg als in de thuiszorg. Een van de oorzaken is een tekort aan taakdifferentiatie. Voor veel hulp bij dagelijkse levensactiviteiten is bijvoorbeeld geen hooggeschoolde professionele hulp door verpleegkundigen nodig.

Meer algemeen stelt zich de vraag welke omkadering het best voldoet aan de noden, met andere woorden, wat is de meest optimale verhouding tussen verpleegkundigen, verzorgenden, kinesisten, ergotherapeuten, enzovoort. En wat is de rol van elk?

Bovendien kunnen een aantal handelingen die momenteel door artsen worden verricht net zo goed door verpleegkundigen en administratieve krachten gedaan worden.

Denken we maar aan het toedienen van de griepvaccins door artsen terwijl dit in de meeste gevallen evengoed door verpleegkundigen had gekund.

2.3.7 Wie screent de zorgvertrekkers en ziekenhuizen?

De conventies tussen zorgaanbieders en ziekenfondsen zijn het belangrijkste beheersinstrument in de WZ. Deze conventies zouden moeten bepalen hoe het geld van de ziekteverzekering zo goed mogelijk gebruikt wordt om de patiënt de beste geneeskundige zorgen te geven. Maar in ons conventiemodel wordt bijna nooit onderhandeld over wat je met de beschikbare middelen doet, wel over hoeveel er mag bijkomen. Anders gezegd: de paritaire onderhandelingen gaan te weinig over fundamentele keuzes voor de besteding van de bestaande middelen om de gezondheid van de bevolking te verhogen.

Bovendien wordt over de deelbudgetten gescheiden beslist in de verschillende conventies. De communicerende vaten tussen de sectoren blijven door de bestaande tussenschotten grotendeels onzichtbaar.

Door het gebrek aan transparantie in het financieringssysteem beschikken we niet over de mogelijkheden om kostenverschuivingen te kunnen begrijpen en bewaken. Ramingen geven aan dat het totale bedrag ten laste van patiënten dat wordt gespendeerd aan terugbetaalbare medische goederen en diensten effectief steeg met 2 procent tussen 2004 en 2006. Een andere maatstaf voor de patiëntenkosten is de totale productie van de gezondheidszorgsector (ziekenhuizen, geneesmiddelen, gezondheidszorg in het algemeen, met uitzondering van langdurige verzorging), verminderd met alle terugbetaalde bedragen (inclusief bedragen terugbetaald door privéverzekeringen). De overblijvende kosten waren in 2006 met 3,6 procent effectief verhoogd tegenover 2004⁹.

De kostprijs voor de patiënt stijgt dus en dit ondanks de performante herverdelingsystemen waarover de WZ beschikt. Maar we beschikken over onvoldoende gegevens om deze kostenstijging te kunnen analyseren.

We hebben dus nood aan een financieringssysteem dat zorgt voor meer duidelijkheid, zekerheid en transparantie. Iemand moet zicht hebben op de kwaliteit, de prijs en de doelmatigheid van de hele gezondheidszorg. Zo kunnen we werken aan een betere en ook kostenefficiëntere WZ.

3. Voorstellen voor een ‘WZ 2.1’

Iedereen heeft recht op een volledig en kwalitatief aanbod aan gezondheidszorg. Dat blijft het uitgangspunt van onze partij, al 125 jaar lang. We hebben met succes getimmerd aan een solide systeem van gezondheidszorg, met als resultaat dat iedereen is

⁹ FOD Sociale Zekerheid, Indicatoren van sociale bescherming in België, december 2009.

opgenomen in de wettelijke ziekteverzekering. We hebben onderweg bijgestuurd met maatregelen voor betere toegankelijkheid en hebben gestreefd naar een betere dienstverlening en naar minder gezinnen die omwille van financiële redenen geneeskundige zorg uitstellen.

Succes in het verleden is geen garantie voor succes in de toekomst. Bepaalde evoluties vormen een uitdaging voor de toekomst van onze gezondheidszorg: de kost van de medische vooruitgang, de vergrijzing, de private verzekeringen, een gebrekkig toezicht op kwaliteit en teveel focus op genezing en te weinig op gezond blijven. Niets noopt tot een fundamentele en onverhoedse wijziging van ons systeem. Maar de verantwoordelijkheden moeten wel scherp gesteld worden als we onze zorg voor de gezondheid voor iedereen willen blijven waarmaken.

We zien acht pistes die onze gezondheidszorg klaar moeten maken voor de volgende decennia:

1. Een ziekteverzekering, alles en iedereen inbegrepen.
2. Een veralgemeende derdebetaleregeling.
3. Een sterk ontwikkelde gezondheidspromotie en preventie.
4. een centrale eerstelijns rol voor de huisarts.
5. Een integrale benadering via zorgtrajecten, in het bijzonder voor chronische aandoeningen en geestelijke gezondheid.
6. Kwaliteitsmeting- en monitoring door de mutualiteiten in samenwerking met patiëntenplatformen.
7. Financiële responsabilisering van elke schakel.
8. Prikkels voor medische innovatie.

3.1 Een ziekteverzekering alles en iedereen inbegrepen

We willen een blijvende garantie op betaalbare kwaliteitsgezondheidszorg voor iedereen via de WZ. Onze wettelijke ziekteverzekering waarborgt nu reeds een ruim pakket aan zorg van goede kwaliteit, zonder wachtlijsten voor het merendeel van de zorg en aan een redelijke prijs voor het merendeel van de verzekerden.

We willen alle medische kosten en een hedendaags comfort binnen de WZ houden. Ziekenfondsen moeten hun leden constant bevragen om na te gaan wat de gaten zijn in de dekking van de verplichte ziekteverzekering. We kunnen daar dan sneller en efficiënter dan nu op inspelen.

De private hospitalisatieverzekeringen zorgen voor een alternatief spoor dat dienstverleners aanzet tot het maximaliseren van prestaties voor de verzekerde en de eenpersoonskamer voorbehoudt voor hen die aanvullend verzekerd zijn. Wij willen niet dat dergelijke verzekeringen invloed hebben op de kwaliteit van de medische zorg, op wachtlijsten of op keuzevrijheid. Daarom zijn er twee ingrepen op de hospitalisatieverzekering nodig:

- de band tussen de private verzekeringen en de verloning van de dienstverleners via de supplementen moet doorgelinkt worden door dwingende afspraken te maken

tussen overheid, artsen, ziekenhuizen en verzekeraars over een andere ziekenhuisfinanciering. Omwille van sociale beweegredenen is het gros van de ziekenhuissupplementen nu geconcentreerd in de eenpersoonskamer. In de toekomst willen we de ereloonsupplementen integraal vervangen door een vergoeding, te betalen door het ziekenhuis aan zijn artsen. De patiënt betaalt dan zelf geen ereloonsupplement meer in een ziekenhuis. Finaal willen we dat je met de hospitalisatieverzekering alleen meer comfort koopt, zonder invloed op het type zorg.

- de tarieven en de medische index moeten herzien worden en teruggebracht worden tot hun ware proporties. Het kan niet zijn dat de medische index wordt bepaald in functie van de door de verzekeraar gewenste rentabiliteit. De huidige medische index gebaseerd op de door de verzekeraars zelf meegedeelde brutoschadelast moet worden herzien door objectieve parameters in te voeren zoals de kosten van de verpleging in een eenpersoonskamer. Wij vragen dat bij wet aan de private verzekeraars dezelfde sociale voorwaarden worden opgelegd als we hebben opgelegd aan de ziekenfondsen.

We moeten streven naar een striktere omkadering van de private verzekeringen: de inhoud en de voorwaarden van deze verzekeringen moeten wettelijk worden vastgelegd teneinde de betaalbaarheid en beschikbaarheid voor iedereen te garanderen ongeacht het verschil in koopkracht, de leeftijd of de gezondheidstoestand van de verzekerden. Er moeten typecontracten worden opgesteld, gekoppeld aan eenvoudige manieren om de premies te vergelijken. Bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering mag enkel en alleen rekening worden gehouden met een gediagnosticeerde ziekte en moet de uitsluiting van bepaalde kosten strikt worden beperkt. De opgebouwde reserves voor veroudering moeten toekomen aan de verzekerden zodat wie vroeg begint te betalen, er op latere leeftijd van kan genieten. Tenslotte willen we een effectieve overheidscontrole op de toegang en de inhoud van hospitalisatieverzekeringen.

De toepassing van de patiëntenrechten moet beter gegarandeerd worden. Zo moet er een uitdrukkelijk verbod komen om patiënten de toegang tot noodzakelijke medische zorgen te weigeren om financiële redenen. Dit vloeit voort uit het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening in de gezondheidszorg, zoals voorzien in de wet op de patiëntenrechten. Dit zou betekenen dat een ziekenhuis niet meer, zoals vandaag nog steeds gebeurt, de toegang van patiënten mag ontfemen omwille van (bestaande of te verwachten) betalingsmoeilijkheden.

3.2 Een veralgemeende derdebetaleregeling

Onze ziekteverzekering zorgt ervoor dat de meeste mensen medische zorg financieel aankunnen. We doen het in dit opzicht beter dan veel andere Europese landen. Toch zijn er ook bij ons nog heel wat mensen die op het einde van de maand geen 23 euro voor een dokterconsultatie meer op zak hebben, en daarom vaak noodgedwongen een weekje extra ziek blijven, alvorens ze naar hun huisarts stappen. Sommigen gaan naar de spoedgevallendienst omdat ze dan meteen gratis geholpen worden. De factuur voor het remgeld van de consultatie volgt later wel. Dat is een oneigenlijk en ineffici-

ent gebruik van de spoeddiensten, die daardoor ook minder tijd krijgen voor de echt dringende gevallen.

sp.a wil daarom de 'derdebetaleregeling' algemeen, automatisch en voor iedereen invoeren, zodat de mensen enkel nog het remgeld moeten betalen als ze naar een arts gaan. Bij tandartsen en apothekers wordt nu al vrijwel algemeen gewerkt via het systeem derdebetalers. Vanzelfsprekend moet ook na de veralgemening van de derdebetaleregeling permanent gewaakt worden over de correcte toepassing van de regels en moeten alle vormen van fraude (bijvoorbeeld fictieve prestaties) streng aangepakt worden.

Daarbij zullen we er over waken dat het ziekenfonds de centrale toegangspoort voor alle facturatie van gezondheidszorgen blijft. Het ziekenfonds moet ook de belangrijkste speler blijven in het toekennen van de rechten aan de patiënten. Door het elektronisch datatransfersysteem E-Health en de elektronische identiteitskaart zal het betalingssysteem grondig veranderen. De techniek is al voorzien op onze huidige identiteitskaart en zal vanaf 2012 geleidelijk de SIS-kaart vervangen.

3.3 Een sterker ontwikkelde gezondheidspromotie en preventie

Investeren in preventie houdt in dat er een daadkrachtig beleid moet worden ontwikkeld waarbij de federale overheid en de overheden van de deelstaten op dezelfde golf-lengte zitten.

Er moet een aparte aanpak komen per aandoening om zo de risico's te verminderen op suikerziekte, hartziekten en kanker en om een onevenwichtige voeding, een te zit-tend leven en roken tegen te gaan.

Samenwerkingsakkoorden tussen de overheden en de federale overheid dringen zich op om preventie en behandeling op een efficiënte manier op mekaar af te stemmen. Denk bijvoorbeeld aan de samenwerkingsprotocollen ouderenzorg en het samenwerkingsakkoord inzake vaccinaties. Gelijkaardige samenwerkingsakkoorden zouden het licht kunnen zien voor nieuwe preventieve maatregelen, zoals darmkankerscreening, of voor de versterking van de eerstelijnszorg.

De Vlaamse en federale overheden moeten in die context samenwerken om een lijst op te stellen van de prestaties die gerekend kunnen worden tot een kosteloze eerstelijnszorg, bijvoorbeeld één of meerdere consultaties bij de huisarts, screening en vaccinatie. Zo is het bijhouden van het Globaal Medisch Dossier nu reeds gratis voor de patiënt en geeft het bovendien recht op een korting bij de consultatie van de arts.

3.4 Een centrale eerstelijnsrol voor de huisarts

De huisarts staat centraal in een beleid dat streeft naar een geëchelonnerde, betaalbare, kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. Via echelonnering worden de patiënten middels een getrapt systeem geholpen. De huisarts, maar ook de thuisverpleger, de tandarts of de psycholoog verbonden aan een consultatiebureau, gelden als 'poortbewakers' van ons gezondheidssysteem. Zij zorgen ervoor dat de patiënt een degelij-

ke, kwaliteitsvolle verzorging krijgt aan de beste prijs. Vooral in Vlaanderen schrijven steeds meer mensen zich in bij een vaste huisarts, die van elk van hen een Globaal Medisch Dossier (GMD) bijhoudt.

De zachte echelonnering die sinds februari 2007 in voege is, heeft tot op heden niet de verwachte resultaten opgeleverd¹⁰. Er zijn dus sterkere maatregelen nodig. Streven naar een meer solide echelonnering kan overconsumptie en nutteloze onderzoeken of doorverwijzingen terugdringen. Op weg naar een gegarandeerde inschrijving bij de huisarts, moeten we streven naar een maximale inschrijving bij een vaste huisarts. Als zoveel mogelijk mensen door hun huisarts worden gevolgd via een GMD, dan zal de eerstelijnszorg steeds toegankelijker en (kosten)efficiënter worden.

Informaticasystemen als My-Carenet, Health en het elektronische voorschrift moeten ervoor zorgen dat huisartsen meer tijd krijgen om hun rol als 'genezer' nog beter uit te breiden naar preventie- en screeningstaken. Regelmatige pro-actieve, risicobeperkende preventieconsultaties op maat van de patiënt (leeftijd, risicogedrag, ...) bij de huisarts zullen automatisch leiden tot meer gezonde levensjaren op hogere leeftijd en minder ziektekosten. De preventieve 'check-up' wordt nu reeds algemeen aanvaard bij de tandarts. Ook bij de huisarts moet dit ook een goede gewoonte worden.

Een belangrijk instrument om gezondheidsongelijkheid te bestrijden zijn de wijkgezondheidscentra. Wijken en gemeenten met veel kansengroepen moeten steeds over deze centra kunnen beschikken. Het aantal centra moet uitgebreid worden. Vlaanderen telt momenteel 20 wijkgezondheidscentra, in Frankrijk België zijn er een 80tal. Er is ook nood aan bijkomende stimuli voor deze centra: een budget voor psychologen en/of maatschappelijk werk en voor onthaalmedewerkers,....

3.5 Een integrale benadering via zorgtrajecten, in het bijzonder voor chronische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg

In de toekomst bestaat het gevaar voor schaarste ook in onze gezondheidszorg. Niets is zo onrechtvaardig als wachtlijsten. Het antwoord is zorgsturing. Voor patiënten met chronische aandoeningen betekent dit dat zij een zorgtraject volgen volgens vastgelegde zorgprotocollen. Daardoor verbetert de kwaliteit van de zorg en overbodige consultaties en medicatie worden vermeden. In een systeem van WZ is zorgsturing veruit te verkiezen boven de zuivere prestatiegeneeskunde.

Concreet vinden we dat er prioritaire aandacht moet gaan naar zorgtrajecten rond dementie.

Een beschikbare, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg is een wezenlijk onderdeel van een kwalitatieve gezondheidszorg. Er is nog steeds onvoldoende afstemming tussen wat aan geestelijke gezondheidszorg nodig is en wat wordt aange-

¹⁰ Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole in het kader van de vaststelling van het budget voor geneeskundige verzorging voor het jaar 2010, p.11

boden. Dit vertaalt zich soms in wachttijden, maar ook in zorg die niet altijd op maat is van de patiënt, zoals overmedicatie of onderbehandeling door te late diagnoses, te hoge 'drempels' voor patiënten uit kansengroepen, enzovoort. Voor een betere afstemming van de geestelijke gezondheidszorg aan de noden van alle patiënten, is meer overleg vereist tussen de beide bevoegdheidsniveaus. Het belangrijkste is dat men werk maakt van een duidelijke ontschotting van de zorg, zodat aan patiënten continue zorg kan worden verzekerd via bijvoorbeeld zorgpaden.

De sector van de geestelijke gezondheidszorg moet ook meer inzetten op de 'vermaatschappelijking' van de zorg; we moeten náár de mensen gaan (outreaching). Dat betekent dat de mensen minder residentiële zorgen moeten krijgen en dat er meer middelen moeten gaan naar intensieve zorg aan huis.

De maatschappelijke positie van de (ex-)psychiatrische patiënt moet verbeterd worden. We willen deze patiënten de zekerheid van betaalbaar wonen geven en de garantie op passende integrerende activiteiten, die voldoende moeten worden aangeboden door de sociale economie, arbeidszorg en dagactiviteitencentra.

3.6 Kwaliteitsmeting en -monitoring door de mutualiteiten in samenwerking met patiëntenplatformen

De gebruiker heeft recht op kwalitatief hoogstaande zorg. Maar hoe kan die daar over oordelen? Wie is de patiënt om de kwaliteit van de medische beoordeling van de arts in twijfel te trekken? Patiënten zijn onmondig op het vlak van de kwaliteit van de ontvangen zorg. Bovendien is er een grote informatiekloof tussen zorgverstrekkers en patiënten. Wij stellen drie oplossingen voor:

- De ziekenfondsen moeten meer dan vroeger het aanspreekpunt zijn voor alle problemen die zich individueel stellen inzake gezondheidszorg en welzijnszorg. Dit kan gaan over ledenverdediging bij betwistingen met zorgverstrekkers, informatie over prijs en kwaliteit van zorg, informatie over chronische aandoeningen, gezondheidspromotie en begeleiding bij complexe zorgtoestanden.
- De stem van de gebruiker moet in de kwaliteitsbeoordeling van de zorg voldoende gehoord worden. Zorgvernieuwing en verbetering van de zorgkwaliteit moeten meer op hun inbreng gebaseerd zijn. Er dienen meer kansen gecreëerd te worden om patiënten actief te betrekken bij processen van zorgregistratie, aanbodsontwikkeling en zorgverlening. Om dit ook te doen slagen voor kwetsbare groepen is een versterking van het aanbod van samenlevingsopbouw onmisbaar.
- Het gezondheidsbeleid moet meer gestuurd worden aan de hand van wetenschappelijk gefundeerde (evidence based) gezondheidsdoelstellingen. Daarvoor moeten we onze competentie verhogen om ondoelmatige beslissingen te detecteren en uit te sluiten. Dit vraagt een sterkere ondersteuning door instituten zoals het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Geneesmiddelenagentschap.

- Om te komen tot een systematische kwaliteitsmeting en –monitoring is een onafhankelijk consortium van ziekenfondsen, ziekenhuizen, artsen en overheid nodig. Het beter ontsluiten van beschikbare (facturatie)data en het samenbrengen van de facturatiegegevens met de minimale klinische gegevens moet toelaten om toezicht uit te oefenen op kwaliteit én de kost van de geleverde zorg.

3.7 Financiële responsabilisering van elke schakel

We willen dat elk van de partners op een verantwoorde wijze omgaat met de beschikbare middelen. Daarvoor moeten we heel goed bepalen voor elk onderdeel van de ‘beslissingsboom’ wie en hoe we responsabiliseren.

Aan de hand van een globaal budgetmanagement moet permanent nagegaan worden of de uitgavengroei in een bepaald deelbudget wenselijk en verantwoord is.

We zien drie aandachtspunten in de deelbudgetten:

- Om optimale zorg te verlenen vervangen we de prestatiefinanciering best voor een belangrijk deel door forfaitaire subsidies, bijvoorbeeld per pathologie of per zorgtraject. Op termijn moet ook verder werk gemaakt worden van financieringssystemen die meer de kwaliteit en minder de prestaties belonen, in analogie met ‘pay for quality’ initiatieven in andere landen. Daarmee koppelen we de financiering aan een excellentiemaatstaf voor ziekenhuizen. Meer kwaliteit = extra subsidies. De overheid ziet erop toe dat de zorgverstrekkers die aan het ziekenhuis verbonden zijn mee de vruchten hiervan plukken.
- Voor bepaalde onderzoeken, behandelingen en materialen (nierdialyse, implantaten...) kan de prijs verlaagd worden. De productiekosten stijgen immers niet evenredig met de productie: een sterke toename van het volume aan prestaties genereert winsten die nu te weinig in de ziekteverzekering terechtkomen.
- De kosten van geneesmiddelen kunnen eveneens verlaagd worden, door toepassing van het prijsreferentie-model. De overheid kan daarbij tot 80 procent besparen op bepaalde geneesmiddelenbestedingen, zonder in te boeten aan kwaliteit. Per groep van geneesmiddelen met dezelfde werking wordt een plafondprijs vastgelegd, op basis van de prijzen in andere Europese landen. Daarna kunnen alle merken die meer kosten, uit het terugbetalingssysteem geschrapt worden. Het resultaat is dat alle medicijnen een meer correcte prijs krijgen, want te dure medicijnen gaan niet meer over de toonbank. De keuze wordt dan bij de farmaceutische bedrijven gelegd. Ofwel verlagen ze, in overleg met de overheid, hun prijzen. Ofwel spelen ze niet meer mee. Dezelfde keuze maken we nu al voor implantaten, prothesen, pacemakers en andere levensreddende middelen. Medicijnen horen in dat rijtje thuis. Met dit prijsreferentie-model, of zo je wil een ‘plafondprijssysteem’, wordt het bestaande systeem van ‘referentierugbetaling’ vervangen.
- Referentierugbetaling klinkt zuinig, maar dat is het niet. Artsen en patiënten blijven vaak kiezen voor de dure merkproducten. We weten ook waarom dat zo is. Far-

maceutische bedrijven lopen de deuren van de artsen plat om hun nieuwe producten aan de man te brengen. De bevolking van haar kant denkt: je kan voor je gezondheid nooit te veel doen, en duurder is misschien beter? Eén en één maakt twee: de duurste pillen vliegen de deur uit, ook al zijn ze niet beter dan bestaande goedkopere producten. Als gevolg hiervan gaan bijvoorbeeld dure anticonceptiepillen zoals Yasminelle makkelijker over de toonbank dan dezelfde, goedkopere producten. Vandaag, met enkel de referentierugbetaling als instrument, laat de overheid de patiënten opdraaien voor de meerkosten. Gecombineerd met het plafondprijsmodel zullen het de farmabedrijven zijn die onder zware druk gezet worden om hun prijs te verlagen en in de markt te blijven.

De vraag over responsabilisering kan niet los gezien worden van wie welke verantwoordelijkheid moet dragen. Responsabilisering voert ons dan ook van de patiënt over artsen en ziekenhuizen naar de ziekenfondsen en uiteraard de overheid. Immers, al wie een sterke sociale bescherming een warm hart toedraagt is bij uitstek gebaat bij een correct gebruik van de middelen.

Een goede sensibilisering van de patiënt over een verantwoord gebruik en verwachtingspatroon van de gezondheidszorg is dan ook essentieel in elk solidair stelsel. Daarnaast moet bij zowel artsen als ziekenhuizen doelmatigheid de norm zijn. De therapeutische en diagnostische vrijheid van de arts is primordiaal, maar houdt geen legitimatie in voor onderzoeken of technieken waarvan de efficiëntie niet of onvoldoende bewezen is: de arts zal zich moeten laten leiden door bestaande, en continu geactualiseerde, richtlijnen. Net zo horen ziekenhuizen de middelen rationeel te besteden, en moeten wetenschappelijke criteria hun financiering gaan bepalen.

Het consensusmodel, in het bijzonder de belangrijke commissie artsen-ziekenfondsen, staat onder zware druk. Het Medicomut-akkoord omvat namelijk afspraken over erelonen en ereloonverhogingen, over sociale bescherming, over accreditering en voorschrijfgedrag, en over terugbetaalde nomenclatuurprestaties. Het huidige model zet echter onvoldoende aan tot doelmatig en rationeel gebruik van de beschikbare – maar schaarse – middelen.

Een meer doelmatige allocatie van het gezondheidsbudget zal volgens ons dan ook enkele ingrijpende wijzigingen in het overleg- en besluitvormingsproces vereisen. In het overleg moet meer dan vroeger ernstig werk gemaakt worden van het terugdringen van verspilling of overconsumptie. Er moeten meer doelmatigheidsoverwegingen in acht genomen worden bij het nemen van beslissingen. Men kan daarbij gebruik maken van aanbevelingen door internationale of nationale wetenschappelijke instanties zoals het Kenniscentrum.

De ziekenfondsen moeten de juiste prikkels en instrumenten krijgen om de uitgavenverschillen te beheersen die niet door verschillen in zorgbehoeften en gezondheidsrisico van hun leden te verantwoorden zijn, er zorg voor dragend dat individuele risicoselectie in hoofde van de ziekenfondsen uitblijft.

Ziekenfondsen moeten als moderne dienstverlenende organisaties de ambitie hebben om hun leden globale oplossingen aan te bieden op vragen die met hun ziekte of gezondheid te maken hebben. Deze full service is gebaseerd op persoonlijke interactie: face-to-face in de kantoren en via een geïndividualiseerde online dienstverlening.

3.8 Prikkel voor medische innovatie

Medische innovatie kan goed zijn omwille van verschillende redenen: omdat ze de kwaliteit van de behandeling verhoogt, omdat ze de kosten verlaagt, omdat ze helpt in de responsabilisering in elke schakel, omdat ze zorgt voor nieuwe producten en diensten die geëxporteerd kunnen worden.

Ons gezondheidssysteem kan met het gedegen researchwerk in heel wat ziekenhuizen en de sterke link met de universiteiten baanbrekend zijn op internationaal vlak. We moeten ons van die troef bewust zijn en onderzoek stimuleren, onder andere via ervaren actoren maar ook via nieuwe spelers als het medisch centrum Vlaanderen.

Innovatie moet ook onze eigen gezondheidszorg ten goede komen. We zien drie prioritaire uitdagingen:

1. een doorgedreven informatisering die toelaat dat het medisch dossier de patiënt volgt en de kwaliteit van de zorg voor de patiënt extern kan gecontroleerd worden. eHealth moet daarom versterkt en bijgestuurd worden in de richting van een informatisering die vlotte uitwisseling van medische gegevens toelaat en kwaliteit en kostenbewaking mogelijk maakt;
2. enveloppefinanciering voor nieuwe geneesmiddelen en nieuwe implantaten moet enerzijds de introductie ervan stimuleren en anderzijds een gegarandeerde beginomzet opleveren;
3. een transparante financiering van zorgverstrekkers en ziekenhuizen moet naast de prikkels voor doelmatigheid ook aanzetten tot innovatie in processen en medische toepassingen.

We moeten meer een voorloperbeleid voeren in de medische praktijk. We willen meer mogelijkheden voor een tijdelijke, experimentele erkenning (early access) van ingrepen en medicijnen, onder leiding van de overheid en onder wetenschappelijke begeleiding. Als blijkt dat deze innovatieve ingrepen en medicijnen efficiënt en effectief zijn, moeten ze ook vlugger in de reguliere gezondheidspraktijk opgenomen worden.