

Voorstel NIC

Visie Gezondheidsbeleid 2030

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Positieve vaststellingen.....	4
Verontrustende vaststellingen.....	5
Tendensen en uitdagingen.....	8
Onze langetermijnvisie om de uitdagingen aan te pakken.....	10
A. Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg	10
B. Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering.....	12
C. Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften ..	13
D. Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit	16
E. Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie	18
Onze prioriteiten op korte termijn.....	21
A. Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg	21
B. Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering.....	21
C. Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften ..	22
D. Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit	23
E. Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie	24
BIJLAGEN	26
Bijlage 1.1. Kwaliteit van de gezondheidszorg - medische beeldvorming en klinische biologie.....	26
Bijlage 1.2. Volksgezondheid en Kwaliteit: Geestelijke gezondheid	26
Bijlage 1.3. Volksgezondheid en Kwaliteit: Heterogeniteit van de medische praktijken.....	27
Rapport de la consommation standardisée de méthylphénidate (en DDD) par arrondissement et du nombre attendu en 2008 avec la moyenne nationale pour les enfants et jeunes entre 6 et 17 ans	27

Bijlage 2.1. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg: persoonlijk aandeel van de patiënt	28
Bijlage 2.2. Toegankelijkheid: Ongelijkheden in mortaliteit en sociale determinanten	29
Bijlage 2.3. Toegankelijkheid - Ongelijkheden in preventieve zorgindicatoren	30
Bijlage 2.4. Toegankelijkheid - Belangrijke ongelijkheden qua zorguitstel per regio.....	31
Bijlage 2.5. Toegankelijkheid - Dualisering van de gezondheidszorg.....	31
Bijlage 3. De organisatie van de gezondheidszorg - Ziekenhuizen.....	32
Bijlage 4. Efficiëntie: Aanzienlijke farmaceutische uitgaven	32
Bijlage 5. Toename van aantal ouderen: dringende aanpassing nodig aan de vergrijzing	34
Bijlage 6. Conventionering: stand van zaken	35

Inleiding

Onze gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen. Evoluties zoals de vergrijzing van de bevolking, de ontwikkeling van chronische ziekten, de medisch-technologische evoluties, het tekort aan mankracht en wijzigende arbeidsomstandigheden dwingen ons om onze gezondheidszorg grondig aan te passen. Maar wat is gezondheid? Een goede gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Het betekent dat men zich goed voelt, een welbevinden ervaart: op **fysiek, mentaal en sociaal vlak**.¹ **Hier voegen we vandaag de dag noodzakelijkerwijs ook de ecologische en existentiële**² dimensie van gezondheid aan toe. Een dergelijke ruime definitie, die wij als Verzekeringsinstellingen voorstaan, vraagt voldoende investering niet alleen in de lichamelijke gezondheid maar eveneens in de verschillende aspecten van de geestelijke gezondheid, alsook in de sociale, existentiële en ecologische gezondheidsdeterminanten.

Elke fundamentele beleidsbeslissing of keuze die wordt gemaakt in de gezondheidspolitiek moet ingegeven zijn door de huidige en toekomstige gezondheidsbehoeften van de Belgische bevolking. Niet het zorgaanbod of aanbod van de zorgverstrekkers, maar de behoeften van de (potentiële) patiënt moeten primeren. Het beleid mag niet worden bepaald door de eenzijdige logica van het financieel perspectief. Niet alleen de (potentiële) patiënt van vandaag, maar ook de **toekomstige generaties** moeten in aanmerking worden genomen: ons gezondheidszorgsysteem moet (ook financieel) duurzaam en veerkrachtig zijn, en zich aanpassen aan nieuwe, toekomstige noden.

Toegankelijkheid van kwalitatieve zorg is een kernwaarde voor de Verzekeringsinstellingen. Dit dekt niet alleen de financiële toegankelijkheid, maar ook de geografische toegankelijkheid van zorg, het vermijden en beperken van niet-verantwoorde wachttijden voor noodzakelijke gezondheidszorg, en de toegankelijkheid in termen van health literacy.

Om te komen tot een patiëntgericht gezondheidszorgsysteem **is een globale visie van het gezondheidsbeleid met begeleidende maatregelen** nodig. Naast de zorginstellingen en beroepen zijn ook de Verzekeringsinstellingen aan hervorming toe. De Verzekeringsinstellingen spelen een cruciale rol in ons systeem, zijn sterk patiëntgericht als vertegenwoordiger en verdediger van hun leden, en willen in de toekomst nog meer ten dienste staan van hun leden en de gezondheids(informatie)noden. Niet enkel als ziekenfonds, maar ook als gezondheidsfonds, vanuit onze globale visie op gezondheid.

In alle tijden en los van elke groeinorm, is doelmatigheid een cruciale opdracht in het gezondheidsbeleid. Het gebrek aan doelmatigheid mag nooit een excuus vormen om

¹ De WHO definieert gezondheid als volgt: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken'/'La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité': Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. De definitie is niet veranderd sinds 1946.

² De existentiële dimensie van gezondheid betreft het vinden van waarde en zin in het leven en als lid van de maatschappij. Volgens de WHO stapten 14,2 op 100.000 inwoners van België uit het leven in 2012: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>. Zie ook de studie van de Socialistische Mutualiteiten 'Ziekenhuisopnames als gevolg van een poging tot zelfdoding', beschikbaar op: http://www.bondmoyson.be/ovl/contact/Pers/onderzoek/Pages/zelfdoding_ziekenhuisopnames.aspx.

onvoldoende in gezondheid te investeren. Er is een structurele benadering voor de huidige en toekomstige uitdagingen nodig. De middelen moeten overeenstemmen met de reële behoeften. Gezondheid vormt een steunpilaar voor een gezonde economie en elke goed geïnvesteerde euro in gezondheid levert meeropbrengsten op voor onze maatschappij.

De Verzekeringsinstellingen zijn voorstander van een **solidair systeem** via de verplichte ziekteverzekering. Een onderfinanciering van de gezondheidszorg holt het solidaire systeem uit. Deze dreigt steeds meer te worden vervangen door een model van winst-nastrevende verzekeringen en risicoselectie, wat leidt tot een duale gezondheidszorg.

De Verzekeringsinstellingen zijn van mening dat het belangrijker is dan ooit om een duidelijke **langetermijnvisie** te ontwikkelen op ons gezondheidszorgmodel, zowel kwantitatief als kwalitatief performant, met het oog op een betere globale gezondheid van de bevolking. Dergelijke langetermijnvisie moet toelaten dat de prioriteiten, de hervormingen en het gebruik van de financiële middelen **op transversale wijze** worden bepaald, in tegenstelling tot een jaarlijkse visie die gepaard gaat met silo-denken.

Het doorbreken van silo's is niet enkel nodig op het niveau van de sectoren van zorgverstrekkers, maar ook op het niveau van de verschillende beleidsdomeinen: gezondheid gaat verder dan gezondheidszorg en is bijvoorbeeld ook gelinkt met arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, onderwijs, huisvesting en milieu ("**Health in all policies**"³). Gezondheidspreventie zowel in deze ruime zin als in de strikte zin is van groot belang, zowel individueel voor de burger als collectief voor het gezondheidszorgsysteem. Ten slotte moet een gefragmenteerde beleidsbenadering in het kader van de **staatshervorming** en de bijhorende bevoegdheidsverdeling worden vermeden: de verschillende beleidsniveaus, federaal en regionaal, moeten in overleg een globaal, complementair en gecoördineerd beleid uitwerken.

Een langetermijnvisie op onze gezondheidszorg zal ook de efficiëntie van het systeem verhogen en toelaten de mythe van haar onhoudbaarheid te ontcrachten. Efficiëntie mag echter nooit raken aan de kwaliteit en menselijkheid van de gezondheidszorg.

Deze nota start met een aantal positieve en verontrustende vaststellingen op het vlak van de Belgische gezondheidszorg. Vervolgens worden enkele tendensen en uitdagingen voor de toekomst toegelicht. Het daaropvolgende deel zet onze langetermijnvisie uiteen op de nodige hervormingen om deze uitdagingen aan te gaan.

Na deze langetermijnvisie volgt een overzicht van concrete maatregelen die op korte termijn kunnen worden doorgevoerd en uitvoering geven aan de langetermijnvisie.

Positieve vaststellingen

We vertrekken niet uit het niets: ons gezondheidssysteem vertoont al talrijke sterke punten. Het is van goede kwaliteit, voor iedereen toegankelijk en relatief betaalbaar. Deze goede resultaten zijn geen toeval. Zij zijn het resultaat van gezamenlijke, evenwichtige inspanningen voor een solidaire financiering, voldoende financiële middelen, en van een paritair en gecoördineerd

³ Verklaring van Adelaide betreffende Gezondheid in alle beleidsdomeinen. Geneva, Wereldgezondheidsorganisatie, 2010.

beheer van de ziekteverzekering en het gezondheidssysteem waarbij de sociale partners, overheden, mutualiteiten en zorgverstrekkers betrokken zijn.

Wat de algemene subjectieve beoordeling door de bevolking betreft wijst het KCE er bijvoorbeeld op dat *"de balans volgens de patiënten vooral positief is: een groot deel (78 %) van de Belgische bevolking is van mening dat hij in goede gezondheid verkeert. Dat is meer dan het gemiddelde voor de EU-15"*⁴. Ook zijn de Belgen volgens de Europese Commissie⁵ en het KCE tevreden over hun contacten met het gezondheidssysteem, en dan vooral de ambulante zorg. Een van de factoren die ongetwijfeld meespelen in die hoge mate van tevredenheid met het gezondheidssysteem is de grote keuzevrijheid van ons systeem, dat een van zijn sterke punten is.

Ten aanzien van de kwaliteit van de gezondheidszorg stelt het KCE enkele positieve ontwikkelingen vast, zoals de coördinatie van de gezondheidszorg voor kanker- en diabetespatiënten. Voor de efficiëntie van de gezondheidszorg wijst het KCE op een aantal indicatoren, zoals de omgang met bepaalde kankersoorten, waar België in een goede positie verkeert ten opzichte van het gemiddelde van de EU-15. Het KCE merkt tevens op dat de efficiëntie van het gezondheidssysteem in bepaalde opzichten verdere vooruitgang boekt, zoals blijkt uit het toenemende gebruik van goedkope geneesmiddelen en van chirurgische daghospitalisatie, alsook de kortere ziekenhuisverblijven na normale bevallingen.

Ook de nabijheid tot zorgvoorzieningen, het ruime zorgaanbod met moderne technologie, het algemeen goed beheer van de wachtlijsten en de grote inzet van de verschillende zorgverstrekkers, mantelzorgers en vrijwilligers maken iedere dag het verschil voor de patiënt.⁶

Verontrustende vaststellingen

Niettemin bevat ons gezondheidssysteem ook enkele zwakke punten waarvoor we aandacht moeten blijven hebben, en die een uitdaging vormen voor het op langere termijn gewenste gezondheidszorgmodel.

- Wat betreft de resultaten in termen van **volksgezondheid** en **kwaliteit**, zien we enkele grotere problemen.

Allereerst het bestuur: op federaal niveau beschikken we niet over doelstellingen inzake volksgezondheid die de beleidsstrategie kunnen sturen. Op dat punt verkeert België in een uitzonderingspositie vergeleken met zijn bureaus. Er bestaat trouwens ook geen gestandaardiseerd en globaal systeem voor de evaluatie van de gezondheidsbehoeften en de kwaliteit van zorg, op basis waarvan gezondheidsdoelstellingen vastgelegd en gemonitord zouden kunnen worden.

⁴ KCE, Rapport Performantie 2015.

⁵ Eurobarometer, Europese Commissie, 2010.

⁶ Zoals ook aangehaald door Minister De Block:

www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015_04_24_hervorming_van_het_ziekenhuislandschap_en_ziekenhuisfinanciering.pdf.

Ook wordt het gezondheidsbeleid in hoge mate gekenmerkt door een silowerking: silo's tussen zorgverstrekkers, die bij het beheer van de ziekteverzekering alleen naar de belangen van de eigen sector kijken, de versnipperde visie op gezondheid in de verschillende bestuursdomeinen (huisvesting, onderwijs, milieu, gezondheidssysteem), en de gefragmenteerde besluitvorming die onze federale staat kenmerkt. In die zin brengt de zesde staatshervorming een extra complexiteit met zich mee die tot nu toe een efficiënt en coherent beleid in de weg staat, bv. in de domeinen afhankelijkheid, geestelijke gezondheid, revalidatie of preventie. Er worden veel middelen uitgetrokken voor de tenuitvoerlegging van regionale bevoegdheden, zonder dat een reële meerwaarde voor de burgers en het gezondheidszorgsysteem in het algemeen kan worden aangetoond. Er zijn te weinig bestuursmethoden en -kaders die de ontwikkeling van een nieuwe transversale visie over de verschillende silo's heen mogelijk maken en bovendien worden ze beperkt door de begrotingscyclus.

Op het punt van gezondheidspreventie en -promotie meldt het KCE-rapport negatieve resultaten. De op nationaal niveau vastgelegde preventiedoelstellingen worden niet altijd bereikt⁷. De voornaamste oorzaak voor die slechte resultaten is zonder twijfel de complexe verdeling van de bevoegdheden tussen het federaal en regionaal niveau. Wat dat betreft is de rol van de Verzekeringsinstellingen om het werk op het vlak van gezondheidspreventie en -promotie te optimaliseren, cruciaal. Zij zijn immers op elk niveau aanwezig en kunnen een "brug" slaan om een zekere coherentie te verkrijgen. Ziekenfondsen hebben verschillende troeven te bieden op het vlak van preventie en promotie, zoals ons groot lokaal netwerk, onze nabijheid tot onze leden en onze lange ervaring in het domein. We stellen echter vast dat we momenteel onvoldoende betrokken worden in het bepalen en realiseren van het preventiebeleid.

De meeste resultaten betreffende de kwaliteit van de zorgverstrekking bevinden zich in het gemiddelde van de EU-15, met enkele positievere en enkele negatievere punten (bv. op het niveau van de indicatoren over de pertinentie van zorg, zoals het voorschrijven van antibiotica of onderzoeken medische beeldvorming (bijlage 1.1.); en nosocomiale infecties). Voor de kwaliteit van zorg in de residentiële structuren voor ouderen en de zorg op het einde van het leven, zijn de resultaten verdeeld⁸. De resultaten van de indicatoren op het vlak van de geestelijke gezondheid zijn nog altijd alarmerend (bijlage 1.2.). De uitkomst van de voorbije hervormingen is nog niet zichtbaar (genoeg) en de opvolging van de prestaties blijft delicaat. Wat betreft de resultaten van medische ingrepen, bestaan verschillende studies die de Belgische situatie voor een bepaalde ingreep in kaart brengen⁹, maar er zijn nog vele andere ingrepen waarvoor dit niet het geval is.

Ook is er sprake van een grote heterogeniteit van medische praktijken zonder verklaring tussen zorgverstrekkers, tussen instellingen, tussen geografische entiteiten en naargelang van de socio-economische gradiënt van de patiënt¹⁰ (bijlage 1.3.). Wij zouden ons ervan willen vergewissen

⁷ De vaccinatiedekking onder jonge kinderen bijvoorbeeld blijft in bepaalde gevallen onder de aanbevolen immunisatiedrempel, de screening van borst- en baarmoederhalskanker is niet optimaal en verbeterd ook niet. Bovendien neemt de vaccinatie tegen griep onder oudere mensen zelfs af. Talrijke indicatoren over gezondheidspromotie en levensstijl tonen een mager resultaat: stagnatie van de obesitas bij volwassenen, nog altijd hoge prevalentie van dagelijkse rokers, beperkte lichamelijke activiteit, risicoconsumptie alcohol (*binge drinking*) bij jonge mannen en onvoldoende gezondheidskennis in de bevolking: KCE, Rapport Performantie 2015.

⁸ KCE, Rapport Performantie 2015.

⁹ Zo brengt bv. de CM heupstudie (2015) de outcome van de heuptransplantatie op nationaal niveau in kaart. Het IMA en het KCE doen nu en dan dergelijke studies.

¹⁰ Riziv-rapport Meeus; KCE, Rapport Performantie 2015.

dat die praktijkverschillen gebaseerd zijn op objectieve behoeften van de patiënten en niet op een gebrekkige opvolging van de richtlijnen.

Het KCE merkt verder op dat de wachttijden voor een afspraak bij een specialist een obstakel kunnen vormen voor de tijdige toegang tot gezondheidszorg. En dat kan dan weer tot knelpunten leiden bij de spoeddiensten, een ander zwak punt van ons gezondheidszorgsysteem. Een goede afstemming met de huisartsenwachtposten binnen een duidelijk afsprakenkader dringt zich op.

- Over de **toegankelijkheid** en **billijkheid** van ons gezondheidszorgsysteem benadrukt het KCE dat er ondanks het bestaan van een universele dekking en sociale vangnetten (MAF, verhoogde tegemoetkoming, sociale derde betaler), toch bepaalde bezorgdheden blijven bestaan: het aandeel in de kosten dat door de patiënt wordt gedragen (22%¹¹) is hoog vergeleken met andere Europese landen (bijlage 2.1.). Onder meer bij tandzorg, geestelijke gezondheidszorg en hoorapparaten betaalt de individuele patiënt nog steeds een aanzienlijk deel van de kosten zelf. En geneesmiddelen maken in het gemiddelde huishouden het grootste deel van het gezondheidsbudget uit. Bovendien is de concentratie van de kosten groot (5% van de patiënten = 53% van de terugbetaalde gezondheidskosten¹²): deze kosten zijn in het bijzonder hoog bij chronisch zieken, afhankelijke personen en ouderen.

Een andere zorgwekkende vaststelling, in termen van toegankelijkheid, is dat nog altijd veel mensen en huishoudens beweren om financiële redenen hun contacten met de gezondheidsdiensten uit te stellen, vooral in de laagste inkomensgroepen en in Brussel¹³.

Ook bestaan er grote ongelijkheden in de gezondheidstoestand en diens sociale determinanten¹⁴ (bijlage 2.2.). Deze ongelijkheden zijn een feit en zullen op het gebied van talrijke indicatoren alleen maar groter worden, zoals de gezondheidstoestand en het sterftecijfer, de levensstijl en de preventieve interventies (bijlage 2.3.). Ondanks de maatregelen ter verbetering van de financiële toegankelijkheid van zorg, wijst de indicator "uitstel van contact met de gezondheidsdiensten om financiële redenen" toch op grote ongelijkheden (bijlage 2.4.).

Het relatief grote aandeel van de gezondheidsuitgaven ten laste van de patiënt gaat gepaard met de versnelde ontwikkeling van de aanvullende, facultatieve of privé-verzekeringen, wat een risico op dualisering van de gezondheidszorg inhoudt¹⁵ (bijlage 2.5.). In 2005 bedroeg de premieomzet van de private verzekeraars 610 miljoen euro, in 2015 staat de teller op ruim 1,4 miljard euro, waarvan 20% gebruikt wordt voor administratiekosten en 10% diverse belastingen betreft.¹⁶

Een ander minpunt in termen van toegankelijkheid is het gebrek aan financiële transparantie voor de patiënt, gaande van de prijszetting, het inkomen van de zorgverstrekker, de kwaliteit tot het deel dat de patiënt zelf moet betalen. Niet alleen moet de patiënt een hoog bedrag zelf

¹¹OESO.

¹²IMA.

¹³KCE, Rapport Performantie 2015; Belgische Gezondheidsenquête 2013.

¹⁴WIV; Statbel; FOD Economie; Gezondheidsenquête van de Belgen 2013; KCE, Rapport Performantie 2015; CM-gegevens 2011.

¹⁵CM-barometer van de ziekenhuisfactuur 2015; Evaluatienota van de Socialistische Mutualiteiten over de supplementen in ziekenhuizen 2011-2014.

¹⁶Cijfers Assuralia.

betalen, maar de patiënt kan bovendien slecht inschatten hoeveel de zorgverstrekking hem zal kosten.¹⁷

- Wat de structuur en **de organisatie van de zorgverstrekking betreft**, wordt ons systeem gekenmerkt door een sterk inflatoire financiering per prestatie. Het gevolg is een gezondheidszorgsysteem dat door het aanbod wordt gestuurd en niet door de behoeften. Het systeem wordt bovendien veelal gekenmerkt door interessantere vergoedingen in geval van behoud van de patiënt in zijn staat van functionele afhankelijkheid, dan bij evolutie naar een autonomere en stabielere situatie (cf. de Katz-evaluatieschaal).

Het aanbod van acute en psychiatrische ziekenhuiszorg is verder erg groot in vergelijking met de buurlanden (bijlage 3.). Anderzijds hebben we onvoldoende intermediaire structuren tussen acute zorg en thuiszorg, alsook tussen thuis wonen en het woonzorgcentrum.

Het KCE vermeldt tevens een probleem op het vlak van human resources en een tekort aan huisartsen en verpleegkundigen. Het vraagt zich af of België wel in staat is de demografische veranderingen aan te pakken die gepaard gaan met een vergrijzende bevolking en een toenemende prevalentie van chronische en meervoudige pathologieën.

- Over de **efficiëntie** van ons gezondheidssysteem moet allereerst worden opgemerkt dat de totale uitgaven aan gezondheidszorg hoog zijn (10,2%), maar nog wel binnen het Europees gemiddelde vallen. Zij maken echter een continue, algemene groei door die hoger is dan de groei van het BBP (de afgelopen 10 jaar respectievelijk 2,5% in reële termen tegenover 1,1%). Het Planbureau voorziet voor de toekomst een stijging van de uitgaven met gemiddeld 2,2%, terwijl de wettelijke groeinorm voor het gezondheidszorgbudget slechts 1,5% is.¹⁸ Bij het vaststellen van deze groeinorm wordt onvoldoende rekening gehouden met de gezondheidszorgbehoeften van de patiënt. Als er niets aan het beleid verandert, zullen de toekomstige gezondheidszorgbudgetten dus overschreden worden.

De farmaceutische uitgaven zijn in België hoog: 14,5% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg, ofwel bijna 6 miljard euro. De geneesmiddelenfactuur neemt trouwens de zwaarste last voor haar rekening in de uitgaven ten laste van de patiënt (30%). Dit uitgavenniveau per inwoner plaatst België in het koppeloton van de grote geneesmiddelengebruikers (Bijlage 4).

Tendensen en uitdagingen

Een groot aantal tendensen en ontwikkelingen vinden plaats binnen onze samenleving en kunnen stuk voor stuk een probleem vormen voor ons gezondheidszorgsysteem. Een langetermijnvisie van de gezondheidszorg zal hiermee dus rekening moeten houden.

Financiering van het stelsel

¹⁷CM-barometer van de ziekenhuisfactuur 2015; Evaluatienota van de Socialistische Mutualiteiten over de supplementen in ziekenhuizen 2011-2014.

¹⁸In werkelijkheid is deze norm zelfs 1% als we rekening houden met het "structureel ondergebruik" vereist door het Begrotingsconclaaf van juli 2015. Cf. Nota CGSS 2016/ 035 van 18 mei 2016, Prévisions budgétaires de l'assurance soins de santé - Exercice budgétaire 2016. Adaptations.

Een eerste tendens die uit verschillende opinieonderzoeken blijkt, is een zekere erosie van het maatschappelijk draagvlak voor de beginselen van een solidaire en universele organisatie van de ziekteverzekering, met name bij de jongere generaties.¹⁹

De vele maatschappelijke crisissen die we op dit moment beleven (financiën, economie, milieu, voeding en energie) stellen ons huidige sociaaleconomische model in vraag, dat sterk afhankelijk is van groei. Dit is een reële uitdaging voor de haalbaarheid en financiering van ons sociale zekerheidssysteem en onze mechanismen van collectieve solidariteit.

De trend tot commercialisering van de gezondheidszorg stelt ons voor de uitdaging om een dualisering van de geneeskunde te voorkomen.

Ook worden we geconfronteerd met de fundamentele vraag of de medische vernieuwingen en hun prijzen zijn afgestemd op de behoeften van de samenleving, ook wel bekend als de kwestie van de "onvervulde medische behoeften" - "unmet medical needs".²⁰ De innovaties in gezondheid kosten steeds meer. Voor een toenemend aantal landen, ook binnen de Europese Unie, zijn bepaalde geneesmiddelen vandaag de dag moeilijk te financieren door de sociale gezondheidssystemen.²¹

De digitalisering en de impact van ICT op technisch, informatieel en organisatorisch niveau bieden niet alleen mogelijkheden voor de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverstrekking maar vormen ook uitdagingen in termen van rechtvaardigheid, health literacy en empowerment van patiënten. We moeten waken over de inclusie van mensen zonder toegang tot elektronische vernieuwingen en hen bijstaan bij het overbruggen van de digitale kloof.

Organisatie van het stelsel

De voornaamste uitdaging is het organiseren van een gezondheidssysteem dat ten dienste staat van de patiënt en dat de patiënt als maat van alle dingen neemt. De (potentiële) patiënt wordt betrokken als verantwoordelijke mede-actor van zijn gezondheid, en wordt zo goed mogelijk gesensibiliseerd en begeleid om via zijn levensstijl en therapietrouw zijn gezondheidseconomische voetafdruk te beperken ten voordele van toekomstige patiënten.

Het behoud van het overlegmodel voor de gezondheidszorg in een context van budgettaire besparingsmaatregelen belooft een uitdaging te worden voor de tariefzekerheid van de patiënt. De opkomst van de patiëntenorganisaties dwingt ons er eveneens toe om het beheer van ons gezondheidszorgsysteem te herdefiniëren.

En de defederalisering van de gezondheidszorg is nog zo'n uitdaging voor ons gezondheidszorgsysteem en voor de ontwikkeling van een globale, transversale aanpak gebaseerd op de patiënt en diens zorgparcours. Om de coherentie en efficiëntie van het systeem te verzekeren zullen nieuwe overleg- en coördinatiemechanismen tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus moeten worden opgezet.

¹⁹M. Elchardus, "Vos soins de santé, votre avis compte", januari 2014.

²⁰Deze kwestie werd onderzocht door zowel de WHO, de Raad van de Europese Unie en de Europese Commissie. Deze laatste stelt vast dat originator farmabedrijven, ondanks toenemende investeringen in O&O, het steeds moeilijker hebben om nieuwe producten te vinden.

²¹Besluit van de Raad over de rol van de EU in het domein van mondiale gezondheid, 10 mei 2010.

Maatschappelijke uitdagingen en hun impact op de gezondheidszorg

De vergrijzing van de bevolking (bijlage 5), de cultuur-en gedragsveranderingen (zogenoeten "maatschappelijke" ziekten in verband met voeding, stress, lichamelijke activiteit) en gewijzigde verwachtingen van de patiënt, alsook de ontwikkeling van chronische en complexe ziekten die een bepaalde behoefte aan bijkomende zorg inhouden, stellen ons voor de uitdaging om een reële omschakeling naar ambulante zorg tot stand te brengen en dwingen ons om meer multidisciplinaire werkmethoden te ontwikkelen.

Het multiculturalisme, de internationalisering en de migratiedruk kunnen reële uitdagingen inhouden voor de organisatie en toegankelijkheid van onze gezondheidszorg. De integratie van deze nieuwe Belgen in het huidige systeem vormt een uitdaging waarvan de aanpak niet mag worden uitgesteld.

Onze langetermijnvisie om de uitdagingen aan te pakken

Uitgaand van de vermelde vaststellingen en in het licht van de vele uitdagingen formuleren we hieronder als Verzekeringsinstellingen, medebeheerders van de Ziekteverzekering en vertegenwoordigers van de leden, een langetermijnvisie en prioritaire hervormingsdoelstellingen, namelijk de eerste bakens van het gezondheidszorgsysteem van morgen.

Deze globale langetermijnvisie willen de Verzekeringsinstellingen samen met de zorgverstrekkers, zorgorganisaties en het beleid realiseren voor het jaar 2030. We vertrekken van een globale langetermijnvisie om vervolgens concrete stappen op korte termijn voor te stellen om deze visie te realiseren.

Onze langetermijnvisie wordt voorgesteld in vijf assen:

- A. Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg
- B. Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering
- C. Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften
- D. Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit
- E. Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie

A. Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg

We vragen in de eerste plaats om structurele hervormingen op vlak van de publieke gezondheid. Het verzekeren van het recht op gezondheid vereist immers dat de individuele gezondheid kan evolueren binnen een positief maatschappelijk kader voor gezondheid en gezondheidszorg, waarbij rekening gehouden wordt met de invloed van de leefomgeving en sociale factoren. Daarbij onderstrepen wij als Verzekeringsinstellingen eens te meer het belang van de sociale determinanten van gezondheidszorg en verwijzen we naar het WHO concept van 'Gezondheid in

alle beleidsdomeinen' (Health in all policies²²). Dit principe drukt uit dat onze maatschappelijke doelstellingen het best bereikt worden wanneer alle sectoren gezondheid en welzijn integreren als een belangrijk aspect van hun beleidsbepaling. Alleen een transversale aanpak kan op termijn de grote ongelijkheden die bestaan op het vlak van de gezondheidstoestand en haar determinanten, beperken en een positief effect hebben op de individuele en collectieve gezondheid. We denken hierbij aan werkgelegenheid, huisvesting, onderwijs, fiscale maatregelen, leefmilieu, justitie, stedenbouw en vele andere domeinen die een bepalende invloed hebben op de gezondheid van het individu en sociaal-economisch kwetsbare groepen. Dit vereist het systematisch hanteren van een "Health impact assessment test" of de zogenaamde 'gezondheidslens' bij het nemen van beleidsbeslissingen om de impact van de betrokken maatregel te evalueren op het vlak van de consequenties voor gezondheid en welzijn.

Om een dergelijk kader te realiseren, vragen de Verzekeringsinstellingen ten eerste om gezondheidsdoelstellingen voor het Belgisch gezondheids(zorg)systeem te definiëren en uit te werken. Zoals het KCE in herinnering brengt vormt het bepalen van streefdoelen voor de volksgezondheid internationaal een noodzakelijke voorwaarde om het gezondheidsbeleid te sturen en te meten, de gezondheidsbeleidsvoerders te responsabiliseren en om te bepalen welke investeringen prioriteit krijgen. Deze globale gezondheidsdoelstellingen moeten allesomvattend zijn en per sector verfijnd worden.

Uit deze gezondheidsdoelstellingen dienen vervolgens gerichte preventieve en curatieve maatregelen en acties voort te vloeien om een georganiseerde vooruitgang te verwezenlijken. Deze gezondheidsdoelstellingen moeten een essentiële component van het overlegmodel worden en dragen bij tot het silo-overschrijdend denken. Ze moeten zoveel mogelijk deel uitmaken van de beleidsmaatregelen op de verschillende beleidsniveaus. Het bepalen en uitwerken van deze gezondheidsdoelstellingen dient in samenspraak met de gemeenschappen te gebeuren. De Verzekeringsinstellingen kunnen hierbij enerzijds hun ervaring delen om relevante en doeltreffende gezondheidsdoelstellingen te definiëren en anderzijds kunnen wij de toepassing van deze gezondheidsdoelstellingen optimaliseren door de nabijheid tot onze leden. Het behoort immers tot onze basistaken om enerzijds de volksgezondheid te verbeteren en anderzijds aan iedereen betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te bieden. Wij zijn in het bijzonder voorstander van gezondheidsdoelstellingen op het vlak van preventie en levensstijl, zorgkwaliteit, financiële toegankelijkheid, geestelijke gezondheidszorg, socio-economische ongelijkheden, human resources for health, chronische zorg en vergrijzing.

Om onze gezondheid en gezondheidszorg een nieuw tijdperk in te leiden, wijzen de Verzekeringsinstellingen ten tweede op de noodzaak van investeringen in e-health. Het elektroniseren van gezondheid(szorg) betekent naast de modernisering ervan, ook administratieve vereenvoudigingen, het bevorderen van de beschikbaarheid van medische gegevens voor de patiënt en diens betrokkenheid, alsook het versoepelen van de samenwerking tussen de Verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers en tussen de zorgverstrekkers onderling, ten voordele van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. De middelen die dankzij deze investeringen vrijkomen, kan de gezondheidssector vervolgens optimaler aanwenden ten gunste van de patiënt. Ook bij elektronische gezondheidszorg moet de patiënt steeds centraal staan. De patiënt krijgt hierdoor de mogelijkheid een actieve partner te worden in zijn

²² Verklaring van Adelaide betreffende Gezondheid in alle beleidsdomeinen. Geneva, Wereldgezondheidsorganisatie, 2010; De Verklaring van Rome inzake HiAP van 2007.

zorgproces. De Verzekeringsinstellingen hebben een belangrijke rol bij het informeren en begeleiden van hun leden om hun gezondheidsvaardigheden (health literacy) zo goed mogelijk te ontwikkelen.

Ten derde zien wij als Verzekeringsinstellingen de mogelijkheid om de totale gezondheidskosten beter te beheren door doelmatigheid van de zorg en met name door de overconsumptie en – productie te verminderen. Het voorschrijfgedrag van artsen dient hiertoe meer te worden afgestemd op evidence-based medicine, zodat de uitgaven voor geneesmiddelen, onderzoeken en implantaten binnen de perken van veilige, nuttige, duurzame en noodzakelijke consumptie blijven. We denken hierbij in het bijzonder aan het voorschrijfgedrag met betrekking tot antibiotica en antidepressiva, maar ook aan medische beeldvorming en klinische biologie. De kostprijs van geneesmiddelen en medisch materiaal kan bovendien beter in overeenstemming worden gebracht met de reële kost, wat slechts mogelijk wordt door het verbeteren van de kostentransparantie. Verder blijft ook de herziening van de nomenclatuur een prioriteit om de over- en onderfinancieringen te corrigeren en de zorgverstrekkers aan te moedigen meer op kwaliteit dan op volume in te zetten. Bij een dergelijke prijsoefening dient rekening gehouden te worden met de financiële draagkracht van zowel de patiënt als de Verplichte Ziekteverzekering.

Ten vierde wensen de Verzekeringsinstellingen samen in te zetten op evidence-based maatregelen en mechanismen die primaire, secundaire, tertiaire en quaternaire preventie helpen ontwikkelen op alle niveaus en voor de hele bevolking. Wat de quaternaire preventie²³ betreft, raden we bevolkingsonderzoeken af wanneer er sprake is van onvoldoende diagnostische sensitiviteit waardoor er teveel vals-positieven worden geïdentificeerd. Zoals hierboven aangehaald, beschikken de VI's over verschillende troeven op het vlak van preventie. We vragen daarom om als een volwaardige partner ingezet te worden in het preventiebeleid. Deze kerntaak van het ziekenfonds vereist verdere financiële ondersteuning om de noden op het terrein te beantwoorden. Het preventiebeleid dient voldoende gecoördineerd te worden met de deelstaten, zodat een coherente visie op gezondheidsvoorlichting en –opvoeding ontwikkeld wordt, met ruimte voor lokale accenten.

B. Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering

Een tweede structurele hervormingsas betreft kwaliteit, oftewel “de mate waarin gezondheidszorg, zowel voor het individu als voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten” en het systematisch volgen van evidence-based procedures (bv. operatiechecklists, handen wassen, etc.).²⁴ De Verzekeringsinstellingen vragen dat we overstappen naar een systeem dat wordt geëvalueerd op basis van outcome en de toepassing van gestandaardiseerde procedures, gekoppeld aan accrediteringssystemen. Het KCE rapporteert immers dat de meting van de doeltreffendheid van de zorg in België beperkt is, vooral door het gebrek aan het meten van patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs). We

²³ Quaternaire preventie omvat het vermijden van onnodige interventies; vermijden van vals-positieven; het identificeren van een individu of groep van patiënten met risico op overmedicalisering om deze te beschermen tegen nieuwe medische onderzoeken, en om ethisch aanvaardbare interventies voor te stellen: Domus Medica, www.domusmedica.be/documentatie/huisartsnu/archief/2013-jg-42/nr-42-5/4941-quaternaire-preventie-c-est-quoi-ca.html.

²⁴ KCE, Performantie rapport 2015.

moeten daarbij de gepaste resultaatsindicatoren ontwikkelen om de kwaliteit van het Belgisch gezondheid(szorg)systeem naar nieuwe hoogtes te tillen. We kunnen bijvoorbeeld nog grote vooruitgang boeken op vlak van de prevalentie van ziekenhuisinfecties, het verminderen van het voorschrijven van antibiotica, het opvolgen van de patiënt over zorgorganisaties, artspraktijken en zorgverstrekkers heen. Ook hebben reeds verschillende mutualistische studies gewezen op het belang van concentratie van volumes voor bepaalde complexe behandelingen, zoals slokdarmkankerchirurgie, pancreaskankerchirurgie en longkankerchirurgie.²⁵ Deze kwaliteitsbeweging moet de volledige eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg betrekken. Eveneens dient het belang van de voortgezette opleiding en de inzet van lesgevers met erkende opleiding en accreditatie, te worden onderstreept. De meerwaarde van deze opleiding moet meetbaar zijn en een positieve invloed hebben op het zorgresultaat door de bevordering van kwalitatieve werkmethodes.

Een dergelijk systeem moet ook voorzien in de gepaste platformen en aanspreekpunten om problemen aan te kaarten en te corrigeren.

Ook ten voordele van kwaliteit is dat de doelmatigheid van zorg en e-health verder ontwikkeld worden. E-health speelt een belangrijke factor in het verbeteren van de Belgische zorgcontinuïteit en coördinatie tussen kwaliteitsinitiatieven. Het kan het aantal dubbele onderzoeken terugschroeven, de transparantie van zorgkennis en informatie verbeteren en het opvolgen van zorg-guidelines eenvoudiger maken.

De kwaliteit van zorg moet te allen tijde worden gegarandeerd. In dat kader moet erop worden toegezien dat de zorgverstrekkers een minimale activiteitsdrempel bereiken en de maximumdrempel niet overschrijden voorbij welke punten de kwaliteit niet kan worden verzekerd.

De levenskwaliteit en de zorgdoelstellingen van de patiënt moeten bij de behandeling centraal staan. De therapeutische prioriteiten moeten worden bepaald in samenspraak met de patiënt, die een goed geïnformeerde keuze moet kunnen maken vanuit de informatie omtrent de meerwaarde en impact op levenskwaliteit van bepaalde behandelingen.

C. Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften

Gezien de demografische veranderingen moet ons zorgaanbod opnieuw worden ingericht. De belangrijkste doelstelling van de Verzekeringsinstellingen inzake de zorgorganisatie is dat een globale aanpak wordt gecreëerd rond de behoeften van de patiënt, en niet rond het zorgaanbod, over de grenzen van de lijnen en de silo's heen.

In dat opzicht onderstrepen de Verzekeringsinstellingen het belang om te evolueren naar een meer geïntegreerde organisatie van het gezondheidsbeleid en identificeren zij verschillende prioritaire structurele zwaartepunten om deze doelstelling te verwezenlijken.

Allereerst zal voor een meer geïntegreerd gezondheidsbeleid de taakverdeling tussen de verschillende beroepen en de verschillende lijnen in de gezondheidszorg opnieuw gedefinieerd

²⁵ IMA studies omtrent de link tussen volume en kwaliteit van medische ingrepen (Longkanker, slokdarmkanker en pancreaskanker). Beschikbaar op www.aim-ima.be/?lang=nl.

en verduidelijkt moeten worden, zodat de patiënten zich beter kunnen oriënteren en zodat hun behoeften globaal en rationeel in aanmerking worden genomen²⁶. Deze dynamiek gaat hand in hand met het delegeren van taken tussen de verschillende actoren, hetgeen moet worden aangemoedigd.²⁷ Ook moet een krachtig antwoord worden gegeven op het tekort aan zorgpersoneel in bepaalde essentiële domeinen. Voor deze verschillende aspecten moet echter wel de Gecoördineerde wet van 10 mei 2005 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen²⁸ worden aangepast, om de totstandkoming van nieuwe beroepen te vergemakkelijken die taakdelegatie onder supervisie mogelijk maken.

Een geïntegreerd beleid vereist tevens dat vormen van samenwerking tussen de verschillende actoren in de zorg en de verschillende gezondheidszorglijnen ondersteund worden. Een optimale ontwikkeling van de interdisciplinariteit en multidisciplinariteit rond de patiënt zal moeten worden aangemoedigd.

De vraag wat de beste financieringswijze is om deze multidisciplinariteit en deze globale zorg voor de patiënt te bevorderen, zonder aan de kwaliteit te raken, zal eveneens ter sprake moeten komen. Wat dat betreft willen de Verzekeringsinstellingen evolueren naar meer forfaitaire financiering, aangepast aan de omvang van de gezondheidsnoden van de patiënt en bevorderlijk voor de kwaliteit.

Om een rationeel gebruik van het gezondheidszorgsysteem te bevorderen en de kwaliteit ervan te verbeteren, zijn aansporende maatregelen voor een trapsgewijze organisatie van de gezondheidszorg eveneens essentiële ingrediënten, rekening houdend met de evolutie van e-Health en de potentiële uitwisseling van informatie tussen zorgverstrekkers.

In dat opzicht is de verbetering van de kwaliteit en elektronische uitwisseling van de informatie tussen de patiënt, de zorgverstrekkers, de arbeidsgeneesheren en de adviserend geneesheren een prioriteit. Het moet er tevens toe leiden dat minder dubbele onderzoeken worden uitgevoerd, dat achterhaalde behandelingen worden vermeden, dat problemen met polymedicatie en wisselwerkingen tussen geneesmiddelen voorkomen worden, en dat de administratieve rompslomp wordt beperkt. De invoering van een gedeeld patiëntendossier – elektronisch en multidisciplinair – om de kwaliteit en de informatie-uitwisseling tussen de zorgverstrekkers (artsen, apothekers, ...), maar tevens met de patiënt, te verbeteren, is dus eveneens een prioritair zwaartepunt.

Het overgebruik van spoeddiensten is een zwakte van ons zorgsysteem. Een goede afstemming met de huisartsenwachtposten binnen een duidelijk afsprakenkader dringt zich op.

Het betrekken van alle relevante actoren in de zorg, waaronder de patiënten en patiëntenorganisaties, bevordert de kwaliteit, de gedragenheid en de doelmatigheid van de zorgorganisatie. Het oprichten van overlegplatformen brengt de verschillende partners die betrokken zijn bij de verzorging van een patiënt samen, waardoor zorgverspilling

²⁶Bijvoorbeeld de verduidelijking van de taakverdeling tussen gynaecologen versus vroedvrouwen, taakverdeling tussen oftalmologen versus opticiens, etc.

²⁷Bijvoorbeeld delegatie van specialist naar huisarts, delegatie van huisarts naar verpleegkundigen, delegatie van verpleegkundigen naar zorgkundigen, delegatie van tandartsen naar tandhygiënisten, etc.

²⁸Deze wet vervangt het vroegere KB nr. 78 van 10 november 1967.

teruggeschroefd kan worden (dubbele onderzoeken, discrepanties in medicatievoorschriften, ...).²⁹

Ten tweede moet dit model worden opgebouwd rond een solide eerste lijn, die het juiste gebruik van de eigen zorg en die van de andere lijnen reguleert. Hier is een verandering van paradigma vereist. We moeten naar een systeem toe waar de eerstelijnszorg de bevoorrechte toegangspoort tot het gezondheidszorgsysteem is, in tegenstelling tot het huidige paradigma dat sterk gericht is op een overgang "van de tweede lijn naar de eerste lijn". De centraliserende rol van de huisarts en maatregelen om de klantenbinding bij de huisarts te stimuleren zijn van fundamenteel belang.

Binnen deze eerste lijn moet de ontwikkeling van geïntegreerde praktijken die een multidisciplinaire behandeling van patiënten met even talrijke als gevarieerde noden kunnen verzekeren, als een prioriteit worden gezien.³⁰

Om een geïntegreerde en continue medisch-sociale benadering van de chronische ziekten mogelijk te maken, is de ontwikkeling van generische zorgtrajecten voor patiënten met complexe en/of meerdere ziekten, op forfaitaire wijze gefinancierd naargelang van de noden van de patiënt, een fundamenteel hulpmiddel om de problemen van morgen het hoofd te bieden. Het Plan Chronisch Ziekten van minister De Block dient nauwkeurig te worden opgevolgd zodat het de beoogde veranderingen op het terrein kan realiseren. In dit kader moeten ook de ziekenfondsen betrokken worden.

De ontwikkeling van minimumnormen en een controle van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg is eveneens noodzakelijk.

Ten derde zal het gezondheidsstelsel van morgen moeten beschikken over intermediaire zorgstructuren of -modaliteiten tussen ziekenhuizen, RVT-ROB en thuiszorg, met samenwerking tussen deze verschillende niveaus met het oog op continue zorg voor patiënten.

- In het bijzonder moet, voor de begeleiding van ouderen, een innoverend beleid worden gevoerd dat het aanbod al naargelang de noden diversifieert. We moeten nadenken over andere vormen van hulp om oudere en kwetsbare personen in de gelegenheid te stellen daar te leven waar zij zich goed voelen, omringd door zorg en op hun noden afgestemde formele en informele diensten. Kortom, daar waar zij een volwaardige plaats innemen (hiertoe moeten opvang- en dagcentra, korte verblijven in woonzorgcentra, gemeenschapshuizen of gemeenschappelijke dienstencentra worden ontwikkeld, ...).
- Na een acute zorgfase moeten alternatieven voor ziekenhuisopname worden geboden: herstelorden, revalidatiebedden, thuishospitalisatie. Deze extra-muros initiatieven zullen toegankelijk moeten blijven voor iedereen.³¹ Hiertoe vormen de pilootprojecten in het kader van de overleggroep ziekenhuisfinanciering een belangrijke aanzet, maar deze

²⁹ Naar voorbeeld van de pilootprojecten 'Stakeholderoverleg' aan Vlaamse kant:

<http://vd3439.prod1.novation.be/themas/hospital-governance/pilootprojecten/pilootprojecten-stakeholdersoverleg-gaan-van-start.html>.

De evaluatie van deze projecten is beschikbaar op <http://vd3439.prod1.novation.be/themas/hospital-governance/pilootprojecten/studiedag-stakeholdersoverleg-12-juni-2015-pxlhasselt.html>.

³⁰Zie Regeerakkoord, p. 63.

³¹ Socialistische Mutualiteiten, Rusthuisbarometer 2016, beschikbaar op:

<http://www.bondmoyson.be/SiteCollectionDocuments/Pers%20en%20studiedienst/300/Rusthuisbarometer 2016. pdf>.

moeten coherent blijven met het grotere hervormingskader en tot werkelijke verbeteringen van het gezondheidssysteem leiden. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de zesde staatshervorming de ontwikkeling van die intermediaire structuren kan bemoeilijken, gezien de onduidelijkheden over de respectieve verantwoordelijkheden van de verschillende bevoegdheidsniveaus op dit punt.

- De Verzekeringsinstellingen wijzen op de grotere aandacht die in de toekomst zal moeten worden geschonken aan zorg bij levenseinde, dat nog te weinig ontwikkeld is in ons land.

De steun voor de ontwikkeling van de telegeneeskunde belooft in de toekomst eveneens erg belangrijk te worden. Zij kan immers een geweldig hulpmiddel zijn, niet alleen voor de gezondheidswerkers maar ook voor de patiënt en zijn mantelzorgers.

Mantelzorgers vervullen een belangrijke rol als eerste ondersteuning van de patiënt en als brug tussen de patiënt en de zorgverlener. Als maatschappij moeten we mantelzorgers in deze rol ondersteunen, onder meer door de centralisatie van relevante beschikbare informatie, psychologische ondersteuning en respijtzorg.

Ten vierde moet het aanbod van acute en psychiatrische ziekenhuiszorg worden teruggedrongen. Enerzijds moet dit gecombineerd worden met een centralisering van specifieke expertise op ziekenhuisniveau en met een concentratie van complexe, zeldzame zorgen. Anderzijds moet dit gebeuren door het ondersteunen van de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg op eerstelijnsniveau en van de maatregel tot omzetting van psychiatrische bedden in gemeenschapszorg, waarmee een begin was gemaakt door "hervorming 107". Bij de herstructurering van ziekenhuizen in 'netwerken', moet eveneens zowel een kwaliteitsgedachte als een rationaliseringsgedachte aan de basis liggen. Ook moet die herstructurering gebeuren met inachtneming van de geografische toegankelijkheid van de zorgverlening en een correcte verdeling van de zorgcentra.

D. Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit

Een toegankelijke en minder ongelijke gezondheidszorg is een centrale waarde voor de Verzekeringsinstellingen. Om van die waarde een realiteit te maken in het gezondheidssysteem van morgen, identificeren de Verzekeringsinstellingen verschillende structurele doelstellingen.

Allereerst moet het persoonlijke aandeel van de patiënt in de zorgkosten omlaag, bij voorkeur via een dekking van essentiële behoeften die vandaag de dag onvoldoende gedekt zijn (met name in de tandzorg, de geestelijke gezondheidszorg, brillen en gehoorapparaten, dringend en niet-dringend transport, bandagisterie en orthopedie, ...). Ten tweede moet eenieder toegang tot nieuwe behandelingen die hun meerwaarde hebben bewezen, worden verdedigd.

Verder moet deze doelstelling worden verwezenlijkt door een efficiënte maar bovenal stabiele en solidaire financiering. Verhoging van het remgeld, het ten laste van de patiënt leggen of privatiseren van bepaalde ziektekosten zijn geen uitingen van goed beheer, maar eerder gemakzuchtige oplossingen ten koste van de patiënt. De Verzekeringsinstellingen zetten zich in voor de gezondheid en het welzijn van iedereen (ziek of gezond, jong of oud, rijk of arm). Initiatieven gebaseerd op solidariteit en controle op het correcte gebruik van middelen zijn de meest solide basis om dat streefdoel te bereiken.

Bovendien is een solidaire dekking efficiënter dan een dekking door commerciële verzekeringen in termen van administratiekosten, winstmarge en factureringscontrole. De keuze voor solidariteit is dus niet louter ethisch, het is ook de meest optimale keuze in termen van efficiëntie (optimalisering van de totale uitgaven) om het “gezondheidsrisico” van de bevolking te dekken. Om die reden beschouwen de Verzekeringsinstellingen het als een prioriteit om te investeren in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, opdat deze de centrale pijler blijft van onze gezondheidszorg.

In dat opzicht is een omkadering en beperking van honorariumsupplementen een prioritaire doelstelling. De huidige situatie vormt immers de kiem van een dualisering van de gezondheidszorg. De afwezigheid van regulering duwt de supplementen de hoogte in – wat zich vertaalt in soms substantiële verhogingen van verzekeringspremies –, leidt tot een negatieve spiraal tussen ziekenhuizen om artsen aan te trekken (nefast voor de zorgkwaliteit), en – bij gebrek aan voorspelbaarheid – brengt de patiënt in financiële onzekerheid. De toename van het aandeel eenpersoonkamers – wat geleidelijk aan de norm wordt in de ziekenhuizen – versterkt deze beweging. Deze verhoging van honorariumsupplementen vindt zijn oorsprong in het bijzonder in de structurele onderfinanciering van ziekenhuizen in combinatie met het duale en weinig transparante financieringsmechanisme van de ziekenhuisactiviteit. De Verzekeringsinstellingen pleiten daarom voor een hervorming op drie pijlers:

- Een correcte vergoeding van medische prestaties, waarbij het onderscheid wordt gemaakt tussen het professioneel deel en het deel van de werkingskosten;
- Een ziekenhuisfinanciering die de reële gerechtvaardigde kosten dekt;
- Een beperking van de honorariumsupplementen in ziekenhuizen gelijklopend met de herijking van de nomenclatuur en met een adequate ziekenhuisfinanciering.

We moeten tot een transparante en correcte financiering komen van de ziekenhuisactiviteit, en, parallel daarmee, erover waken dat de geïnvesteerde middelen door de gemeenschap de belangen dient van die gemeenschap, namelijk de toegankelijkheid van kwalitatieve zorg. Op korte termijn stellen de Verzekeringsinstellingen een plafonnering voor van honorariumsupplementen, meer transparantie in de patiëntenfactuur en een garantie dat men zonder honorariumsupplementen in elk ziekenhuis van het land dezelfde kwalitatieve zorgverlening ontvangt.

Op het ogenblik draait het vraagstuk van de financiële toegankelijkheid ook om de beperkte conventioneringsgraad van bepaalde medische specialiteiten en andere zorgverstrekkers (bijlage 6.). Wij streven dan ook naar een volledige conventionering. Op korte en middellange termijn moeten maatregelen worden genomen om de conventioneringsgraad te verbeteren en de tariefzekerheid van de patiënten veilig te stellen. Daarom moeten we een grotere differentiëring van de voordelen en terugbetalingen instellen tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverstrekkers. Vooral wanneer aanvullende middelen worden uitgetrokken om een objectieve onderfinanciering te overbruggen ten opzichte van de kost en/of benodigde investering voor de interventie, zouden die revalorisaties afhankelijk moeten worden gemaakt van de conventionering van de prestatieverstrekker.

Eveneens vanuit het oogpunt van een betere toegankelijkheid, moeten de prijzen en de tarieven worden gereguleerd en moet de financiële transparantie worden verbeterd, zowel voor de patiënt als voor de ziekenfondsen die de patiënt moet informeren en begeleiden. De informatie over het statuut van de zorgverstreker (geconventioneerd of niet) en het bedrag van de potentiële supplementen moeten actief worden vermeld (bijvoorbeeld op de website of bij het maken van een afspraak). De kosten en terugbetalingen moeten transparanter worden. De reeds geleverde inspanningen in meerdere sectoren (zoals implantaten of gehoorapparaten), namelijk de invoering van een onderscheid tussen het honorarium van de zorgverstreker en de prijs van het materiaal, moeten worden uitgebreid naar alle sectoren. Op die manier kunnen enerzijds ongerechtvaardigde winstmarges worden vermeden en kan anderzijds een adequate terugbetaling worden verkregen voor behartenswaardige indicaties.

Ons gezondheidszorgsysteem is nog onvoldoende afgestemd op de zorg voor chronisch zieken, terwijl zij meerdere gezondheidsproblemen cumuleren en dientengevolge hoge kosten hebben. De resterende financiële obstakels om chronisch zieken degelijke toegang tot de gezondheidszorg te verschaffen, moeten dringend worden weggenomen. En zoals reeds gezegd, moet worden gestreefd naar zorg die gericht is op de patiënt en diens "zorgtraject".

Ten slotte moet er, om het maatschappelijk draagvlak voor ons sociaal zekerheidssysteem te vergroten, in onderwijs en voorlichting worden geïnvesteerd om de bereidheid van de bevolking tot solidariteit te versterken. De basisbeginselen en uitdagingen van een solidair systeem zullen beter moeten worden uitgelegd, vooral aan de jongere generaties die aan de opbouw van het systeem niet hebben meegewerkt. We zullen eveneens duidelijker moeten communiceren over de technische en ethische criteria van de beslissingen inzake terugbetaling. Ook moet er een dialoog worden aangegaan met de bevolking, door de ruimte voor discussie en democratische confrontatie op alle niveaus uit te breiden, om een maatschappelijk debat te voeren over de problemen met de ziekteverzekering en de solidariteitsvraagstukken in de gezondheidszorg. De ziekenfondsen, met hun missie van voorlichting en begeleiding van hun leden, hebben hier een fundamentele rol te spelen.

E. Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie

Om de hierboven vermelde noodzakelijke aanpassingen te maken in een beperkt budgettair kader, zijn wij ervan overtuigd dat een groot deel van de middelen kan worden verkregen door de transparantie, de kwaliteit maar ook de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem te verbeteren. Hiervoor zijn structurele maatregelen nodig die duurzame verbeteringen brengen in het beheer van het gezondheidszorgsysteem, in tegenstelling tot lineaire en zuiver budgettaire maatregelen die uiteindelijk hun weerslag hebben op de patiënten en de kwaliteit van de gezondheidszorg.

De Verzekeringsinstellingen wijzen op een aantal prioritaire projecten om het gezondheidsstelsel efficiënter te maken.

Allereerst moet de achterhaalde nomenclatuur worden gecorrigeerd en herijkt. In elke sector moet een voorafgaande inspanning tot financiële transparantie worden geleverd om licht te werpen op het deel van de nomenclatuur dat gewijd is aan de professionele handelingen (hoeveel de medische behandelingen op zich kosten), en het deel gewijd aan de praktijkkosten (infrastructuur, materieel en, in de ziekenhuizen, het afgestane deel). Op basis van die grotere

transparantie en het grotere begrip van elke sector zal vervolgens moeten worden overgegaan tot een herijking van de nomenclatuur op basis van de duur, de complexiteit en het risico van de prestaties, teneinde de over- en onderfinancieringen te corrigeren, de zorgverstrekkers aan te moedigen kwaliteit boven volume te plaatsen, en een nomenclatuur te bereiken die beter bij de reële noden en werklust aansluit.

Deze herziening van de nomenclatuur moet tevens tot een herziening van het vergoedingssysteem voor zorgverstrekkers leiden. Dit is een andere belangrijke werkas. Via de herziening van de nomenclatuur moet de notie van een correcte/billijke vergoeding voor de geneesheer-specialisten en de overige zorgverstrekkers worden bekeken en het vraagstuk van de transparantie en de gepastheid van de inkomsten worden gelanceerd.

De sub-quota van specialiteiten moeten worden herzien om ze beter op de gezondheidsnoden af te stemmen. Wij vragen enerzijds om bepaalde beroepen waarvoor een tekort bestaat aantrekkelijker te maken, en anderzijds om een controle van beroepen met een te groot aanbod of waarvoor een kunstmatig tekort is gecreëerd.

Eveneens van belang is de aanpassing van de Gecoördineerde wet van 10 mei 2005 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, zodat nieuwe beroepen in het leven kunnen worden geroepen die taakdelegatie onder toezicht mogelijk maken. Bepaalde prestaties vereisen immers niet de specialisatiegraad van de zorgverstrekkers die deze prestaties momenteel verrichten en kunnen eveneens kwalitatief door andere zorgverstrekkers worden uitgevoerd. Hierdoor kan de gespecialiseerde zorgverstrekker zich concentreren op zijn kerntaken en kunnen gedelegeerde prestaties kostenefficiënter worden uitgevoerd.

Een grotere efficiëntie veronderstelt tevens een passend financieringsmodel voor ziekenhuiszorg. Het huidige financieringssysteem bezit immers een sterk inflatoir karakter en dwingt de ziekenhuizen tot een groei-race, hetgeen voor die laatste in een nuloperatie eindigt, maar erg duur uitpakt voor de gemeenschap. Ook constateren we in België, vergeleken met andere Europese landen, een zeer hoge concentratie acute bedden en vaak ook langere ziekenhuisverblijven. Dit paradigma moet aanzienlijk worden aangepast, en de door de ziekenhuisbeheerders gebruikte "schalen" en "indicatoren" moeten evolueren. Zo niet, dan zullen de financiële mechanismen die aanzetten tot een inflatoire financieringswijze ten koste van de volksgezondheid, niet grondig genoeg evolueren. Vanuit deze invalshoek moet er een grondige herziening van het ziekenhuislandschap en diens financiering komen om een rationeel gebruik van de beschikbare middelen en een multidisciplinaire samenwerking te bevorderen. Verder zullen de belemmeringen voor samenwerking tussen ziekenhuizen moeten worden weggenomen, zonder dat deze samenwerkingen leiden tot een kostenverhoging voor de patiënt.

Om de financiële uitvoerbaarheid en de kwaliteit van de verkregen zorg te verbeteren, moeten ook maatregelen worden genomen om overmatig zorggebruik terug te dringen en een goed gebruik van de diagnostische en therapeutische procedures te stimuleren. In dat kader concentreren de Verzekeringsinstellingen zich op drie prioritaire assen.

Ten eerste moet het aandeel van de klinische biologie en de radiologie in de totale gezondheidsuitgaven, alsook de uitvoering van bepaalde onderzoeken en implantaten, worden verminderd.

Ten tweede zal dringend een sociaal geneesmiddelenbeleid moeten worden uitgestippeld om de prijs en de omvang van de geconsumeerde geneesmiddelen terug te schroeven en iedereen in de gelegenheid te stellen om naargelang van de noden toegang te krijgen tot medicijnen met een toegevoegde therapeutische waarde. Medicijnen en medische technieken die onmisbaar zijn voor de gezondheid, zijn immers "openbare goederen". In die zin is het de verantwoordelijkheid van de gemeenschap en de openbare instanties om ervoor te zorgen dat die medicijnen binnen een redelijke termijn worden ontwikkeld, geproduceerd en aangeboden aan de patiënten die ze nodig hebben aan een democratische prijs. Dit veronderstelt farmaceutische innovaties die beter op de maatschappelijke noden zijn afgestemd, prijzen die de reële efficiëntie van het medicijn weerspiegelen en een cultuur van rationeel voorschrijven en afleveren.

Eenvoudigere procedures en een passende opvolging van "outliers" en fraudegevallen zullen eveneens een natuurlijk effect van besparing en sanering hebben. Het doel is hier niet om de eerlijke meerderheid van zorgverstrekkers te straffen met een uiterst bureaucratisch en administratief zwaar antifraudesysteem. Niettemin moeten in een flink aantal sectoren de maatregelen om overconsumptie en frauduleuze praktijken tegen te gaan bij een minderheid van "outliers", versterkt en doeltreffender gemaakt worden. De oprichting van een antifraudecomité RIZIV - VI gaat in die richting. Deze maatregelen moeten een solide juridische basis krijgen en vergezeld gaan van een sterke politieke wil tot tenuitvoerlegging, om een definitief einde te maken aan zulke handelingen die alle betrokkenen in de sector straffen wanneer lineaire budgetverminderingen worden voorgesteld om wantoestanden tegen te gaan.

Onze prioriteiten op korte termijn

Ter verwezenlijking van onze langetermijnvisie, stellen wij, de Belgische Verzekeringsinstellingen, de volgende kortetermijnacties voor:

A. Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg

- De mutualiteiten steunen de oprichting, in 2017 en samen met alle betrokken partijen, van een interfederaal platform voor de ontwikkeling van een langetermijnvisie en -strategie voor de gezondheid en de gezondheidszorg.
- Creatie en publicatie van een "Health impact assessment" of "stresstest voor de gezondheid" teneinde de impact van elke nieuwe beleidsmaatregel op de gezondheid vooraf te evalueren, en dit voor alle domeinen die van invloed kunnen zijn op de gezondheid.
- Ontwikkeling en gebruik van gezondheidsindicatoren op macro- en microniveau, met name met betrekking tot de volgende thema's: antibioticagebruik, gebruik van antidepressiva, polymedicatie bij ouderen, stralingsbelasting, EBM-screening, vaccinatie, burn-out, en multidisciplinaire opvolging van chronische patiënten.
- Verbetering van de mond- en tandpreventie, met name in het kader van het "mond- en tandzorgtraject" (toename van 10% tot 2017).
- Versterking van het beleid inzake de preventie van burn-out.

B. Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering

- Nadruk op de realisatie van profielen voor artsen en koppeling van deze profielen aan het verkrijgen van een accreditatie. Tegelijkertijd moet het systeem worden herzien op basis van de huidige discussies tussen Medicomut en de NRKP.
- Bepalen van minimale en maximale activiteitsdrempels, waaronder en waarboven de kwaliteit niet kan worden verzekerd. Deze drempels steunen in het bijzonder op het principe van een gemiddelde duur per nomenclatuurprestatie.
- Investeren in multidisciplinariteit, opdat in 2019 de helft van de chronische patiënten kan genieten van geïntegreerde zorg.
- Vermindering van de onnodige blootstelling aan straling:

- via de uitbreiding van het aanbod van NMR-scanners en de verlaging van de honoraria voor CT-scans, met verplichte toepassing van de voorschriftlijnen.
 - via de totstandbrenging van een gesloten forfaitaire financiering van de medische beeldvorming, om de vaste kosten per ziekenhuis te dekken, naargelang van de noden op het vlak van ambulante en ziekenhuiszorg.
 - via het gebruik van een standaard aanvraagformulier, in elektronische vorm, gekoppeld aan de substitutie door de radioloog.
- Algemene invoering van het gedeeld elektronisch dossier voor elke patiënt, waarbij de beschikbaarheid van gegevens en de toegankelijkheid voor de patiënt worden versterkt, onder andere via de directe elektronische toegang voor de patiënt tot zijn medische gegevens (o.a. Sumehr), zodat deze een actieve partner kan worden in het zorgproces (zie self-management en patient empowerment). Implementatie: 2017.
 - Ondersteuning van het gebruik van het gedeeld farmaceutisch dossier en het medicatieschema, alsook hun integratie in e-Health.

C. Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften

- Verdere integratie in het GMD van de verschillende aspecten van preventie en het complexe en pluridisciplinaire beheer voor specifieke doelgroepen.
- Ontwikkeling van het principe van een zorgtraject voor specifieke groepen en gespecialiseerde/dure zorgen, bijvoorbeeld zwangerschap, chronische pijn, (neurostimulatoren,...).
- Bepalen in 2017 van de taken van de tandhygiënist.
- Opstellen van een model-samenwerkingsovereenkomst tussen artsen en verpleegkundigen voor het delegeren van taken, met het doel de functie van praktijkassistent te ontwikkelen.
- Grondige herziening van de financiering van thuiszorg opdat verpleegkundigen zich meer kunnen concentreren op de zorg van chronisch zieken (coaching, empowerment, educatie), door meer taken te delegeren naar zorgkundigen .
- Evolueren naar de verplichting tot concentratie van zorg voor de zware pathologieën, met een eerste stap in 2017 voor de zeldzame kankersoorten (pancreas, slokdarm, ...).
- Op basis van het volgende onderzoek van het KCE dat het zorgaanbod zal evalueren, conditionering van de financiering van nieuwe ziekenhuizen aan het terugschroeven van het aantal bedden naargelang van de noden.

- Vermindering van de capaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen met 30% tot 2022. Tegelijkertijd moet ook terugbetaling in het leven worden geroepen voor eerstelijns-psychotherapie.

D. Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit

- Investeren in de toegankelijkheid van gezondheidszorg door de dekking te verbeteren en tussen te komen in niet-terugbetaalde tandverzorging (via nieuwe vormen van financiering, de organisatie van tandverzorging voor sociaaleconomisch achtergestelde personen en voor jongeren tussen 18 en 30 jaar, en via dekking van niet-terugbetaalde zorgen); geestelijke gezondheidszorg (via de terugbetaling van psychotherapeutische eerstelijnsbehandelingen voor 5 sessies (zie onderzoek KCE)); oogverzorging (via de geleidelijke daling van de dioptriedrempel voor volwassenen); en gehoorapparaten (via de opheffing of vermindering van het persoonlijk aandeel voor verzekerden boven de 18 jaar).
- Verbreding van de maximumfactuur teneinde de toegankelijkheid van zorg voor chronisch zieken beter te verzekeren.
- Start van het debat in 2017 over de transparantie van de vergoedingen van zorgverstrekkers en de kwestie van een correcte vergoeding.
- Tenuitvoerlegging van maatregelen voor de transparantie en beheersing van de factuur van de patiënt :
 - in het kader van de wet op de transparantie ten aanzien van de patiënt, aan de hand van een onderzoek beoordelen of de tarieven worden nageleefd door de geconventioneerde artsen.
 - de conventioneringsgraad verhogen via een grotere differentiëring van de voordelen en terugbetalingen tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen.
 - een plafond voor honorariumsupplementen in het ziekenhuis invoeren
 - de tarifaire transparantie voor de patiënt verbeteren: de patiënt moet een duidelijke factuur krijgen waarin de kostprijs voor de arts en de kost voor het ziekenhuis worden gespecificeerd. Ook moet hij vooraf een kostenraming ontvangen die zowel de arts als het ziekenhuis bindt.
 - garanderen dat men zonder honorariumsupplementen in elk ziekenhuis van het land dezelfde kwalitatieve zorgverlening ontvangt. Elke patiënt heeft immers recht op dezelfde kwaliteit van zorgverlening, onafhankelijk van zijn financiële situatie of zijn verzekeringsdekking.
- Verhoging van de financiële transparantie via een correcte prijszetting, via de specificatie van de honoraria (intellectuele en technische zorgverstrekkingen), de kost van de infrastructuur en de kost van het materiaal. Dit werk moet gebeuren in sectoren als gehoorapparaten, bandagisten en orthopedisten (waar de werkgroep "transparantie" dringend moet worden heropgestart), opticiens, implantaten, maar ook meer algemeen

in de globale nomenclatuur, in het bijzonder de herijking van de nomenclatuur van medische honoraria.

E. Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie

- Opstart van de rationalisering van het logopedie-aanbod en opening van het debat over de plaats van logopedie in het onderwijs.
- Voorkomen van overconsumptie, via:
 - een meer op EBM gericht voorschrift voor de klinische biologie, de medische beeldvorming, geneesmiddelen (in termen van zowel volume als goedkoop voorschrijven), en kine.
 - vroegtijdige opsporing van ziekten en een efficiëntere therapie via de ontwikkeling van biomarkers en genetische tests.
 - beperking van de delicate en kostelijke genetische tests tot de 8 erkende centra voor menselijke genetica.
- De mogelijkheid creëren, op zo kort mogelijke termijn, om een nieuw en globaal financieringsmodel met pilootziekenhuizen te testen.
- De vervanging van de klassieke ziekenhuisopname door het dagziekenhuis mogelijk maken voor nieuwe verstrekkingen, via een actualisering van de prestatielijsten die gewoonlijk onder het dagziekenhuis vallen (bijlagen A en B van het BFM, forfaits 1 tot 7, ...).
- In de geneesmiddelensector:
 - invoering van een honorarium voor de uitvoering van een “medication review” door de apothekers, ondersteund door een bijgewerkt geneesmiddelen schema.
 - toepassing van het sluismodel van openbare aanbesteding of een referentietrugbetaling per klasse voor de volledig generische klassen zoals de SSRI's en de PPI's.
 - de opstart eisen van behandelingen in DCI (*dénominations communes internationales*)
 - de herziening eisen van de terugbetaling in functie van EBM (bijvoorbeeld voor TNF-blokkers, Factor VIII (en andere coagulerende factoren), Gliptines en glifozines, Rosuvastatine, Methylfenidaat ingeval van ADHD, Neobacitracine, Omalizumab).
 - verbetering van het prijsbeleid voor weesgeneesmiddelen, via een nieuwe beoordeling van de rentabiliteit van de weesgeneesmiddelen door economische zaken, zodra er een uitbreiding van de indicatie of de patiënten is. Er moet op dat ogenblik een nieuwe maximumprijs bepaald worden. Bovendien moet de berekening van de incrementele kost (ICER) verplicht gemaakt worden voor weesgeneesmiddelendossiers die aan de CTG worden voorgelegd. Ook voor weesgeneesmiddelen die hun statuut van wees verliezen of opgeven, zou een herevaluatie nuttig zijn.
 - uitbreiden van de forfaitarisering naar het dagziekenhuis.

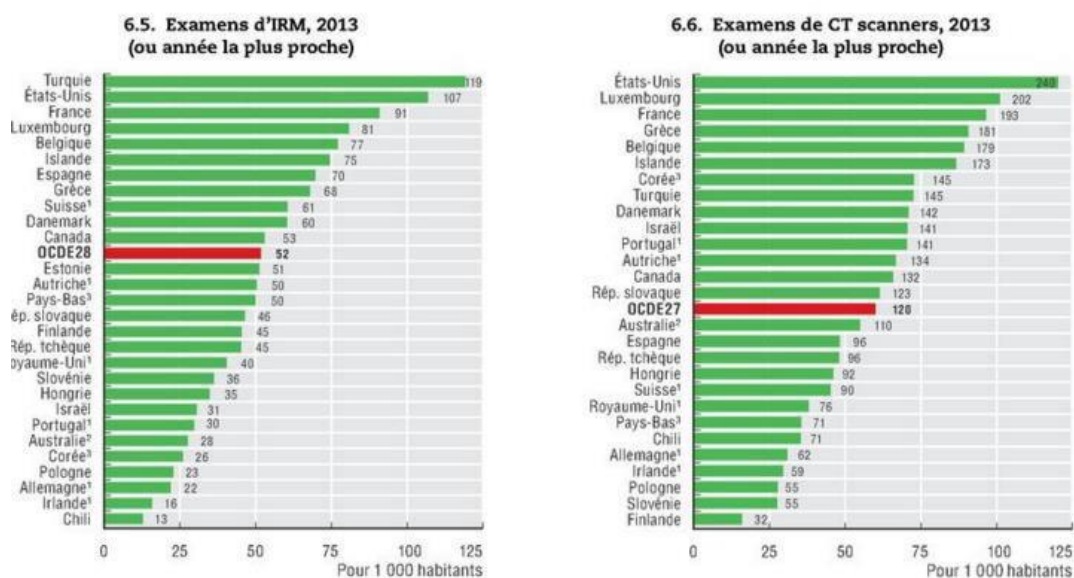
- invoeren van eenzelfde terugbetalingsniveau voor bepaalde categorieën geneesmiddelen met eenzelfde therapeutische waarde (zelfde terugbetalingsniveau per DDD voor bepaalde ATC-categorieën niveau 4).
 - bepalen van eenzelfde prijs per tablet, onafhankelijk van de omvang van de verpakking. Momenteel heeft de vaststelling van het goedkoopste geneesmiddel slechts betrekking op een bepaalde cluster, met als gevolg dat eenzelfde tablet duurder kan zijn in een grote verpakking dan in een kleine.
 - regelmatige herevaluatie van een categorie geneesmiddelen. De aanwezigheid van nieuwe moleculen kan immers de therapeutische waarde beïnvloeden.
- Communicatie van diagnostische gegevens aan de VI mogelijk maken.
 - Versterking van de strijd tegen fraude en het verkeerde gebruik van de nomenclatuur, zoals niet-verrichte verstrekkingen, overscoring en het ongepaste gebruik van de nomenclatuur.
 - Implementatie van een "fraudetest" bij invoering van een nieuwe of uitgebreide nomenclatuurprestatie, om het verkeerde gebruik van de nomenclatuur te vermijden.

BIJLAGEN

Bijlage 1.1. Kwaliteit van de gezondheidszorg - medische beeldvorming en klinische biologie

De uitgaven in deze twee sectoren zijn hoog.

Onderzoeken met CT- en MRI-scan per 1000 inwoners (OESO 2013)



Bijlage 1.2. Volksgezondheid en Kwaliteit: Geestelijke gezondheid

De geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking is verontrustend. Zo is invaliditeit wegens geestelijke aandoeningen goed voor 34,8% van het totale bestand in 2013.

Tableau 13 - Effectif des invalides par groupe de maladie au 31 décembre - Evolution 2009 - 2013

Groupe de maladie	2009	2010	2011	2012	2013
1 Maladies infectieuses et parasitaires	2.131	2.217	2.248	2.286	2.403
2 Tumeurs	15.103	16.083	16.742	17.591	18.462
3 Mal. endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5.598	5.733	5.865	5.967	6.140
4 Maladies du sang et des organes des hématopoides	413	433	447	468	520
5 Troubles mentaux	83.247	88.535	92.899	98.171	104.291
6 Maladies du système nerveux et des organes des sens	14.883	15.512	16.149	16.869	17.797
7 Maladies de l'appareil circulatoire	19.427	19.571	19.549	19.772	19.963
8 Maladies de l'appareil respiratoire	5.669	5.689	5.736	5.798	5.792
9 Maladies de l'appareil digestif	6.247	6.404	6.532	6.732	7.008
10 Maladies des organes génito-urinaires	2.042	2.110	2.230	2.320	2.422
11 Complications de la grossesse et accouchement	523	481	509	527	504
12 Mal. de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.320	1.375	1.441	1.543	1.579
13 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	65.146	69.583	74.192	79.643	86.071
14 Anomalies congénitales	1.577	1.602	1.614	1.624	1.643
15 Affections origine de la période périnatale	19	19	21	23	23
16 Symptômes, signes et états morbides mal définis	5.260	5.427	5.605	5.696	5.693
17 Lésions traumatiques et empoisonnements	16.538	17.080	17.635	18.383	18.955
Non défini	66	81	85	128	142
TOTAL	245.209	257.935	269.499	283.541	299.408

Bijlage 1.3. Volksgezondheid en Kwaliteit: Heterogeniteit van de medische praktijken

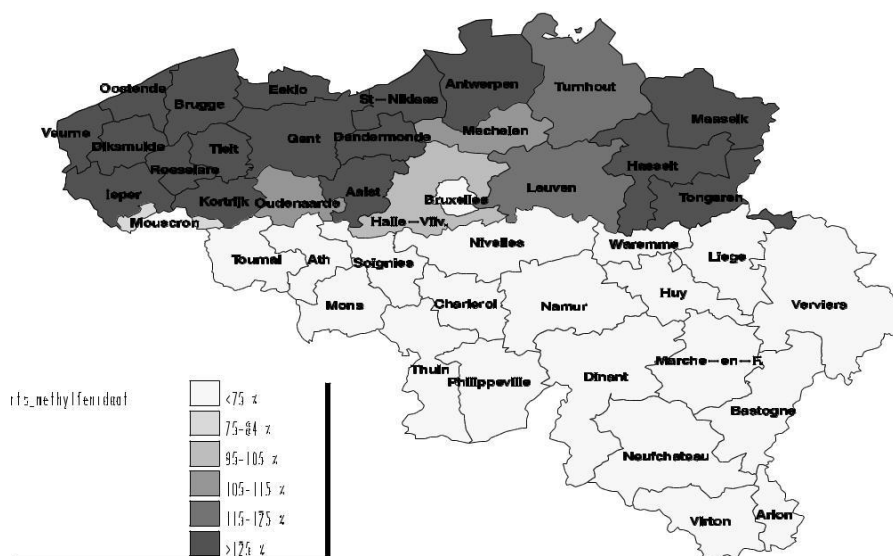
De medische praktijken zijn in België zeer heterogeen.

Aandeel chinolonen in antibioticumconsumptie - verpakkingen 2013 - Arrondissementen



Bron: <http://www.ima-aim.be>

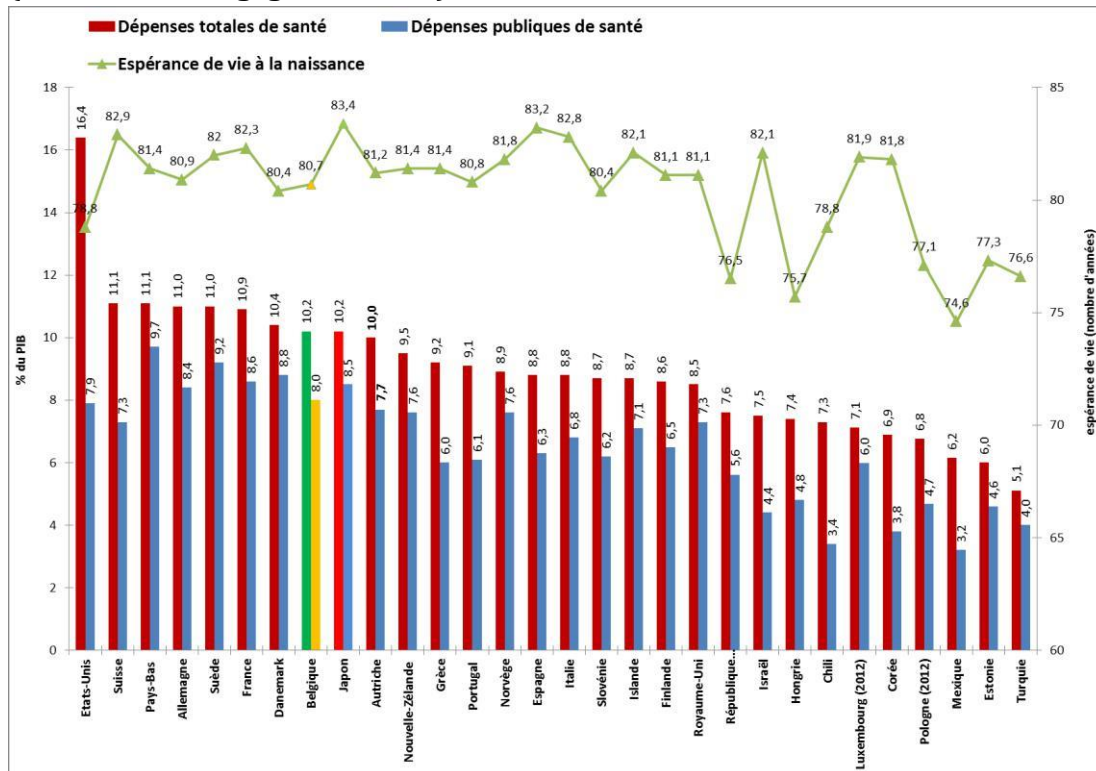
Rapport de la consommation standardisée de méthylphénidate (en DDD) par arrondissement et du nombre attendu en 2008 avec la moyenne nationale pour les enfants et jeunes entre 6 et 17 ans



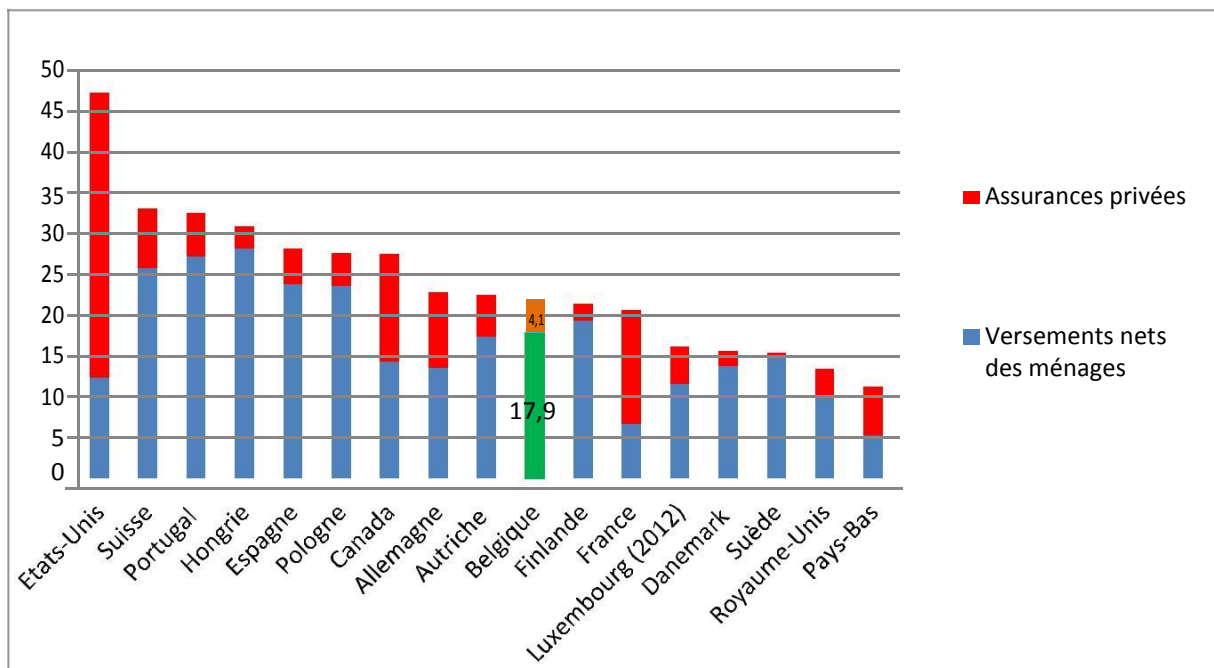
Bijlage 2.1. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg: persoonlijk aandeel van de patiënt

Het persoonlijk aandeel van de patiënt is hoog in België.

Totale overheidsuitgaven voor gezondheid binnen de OESO en levensverwachting (Eco santé 2015, gegevens 2013)



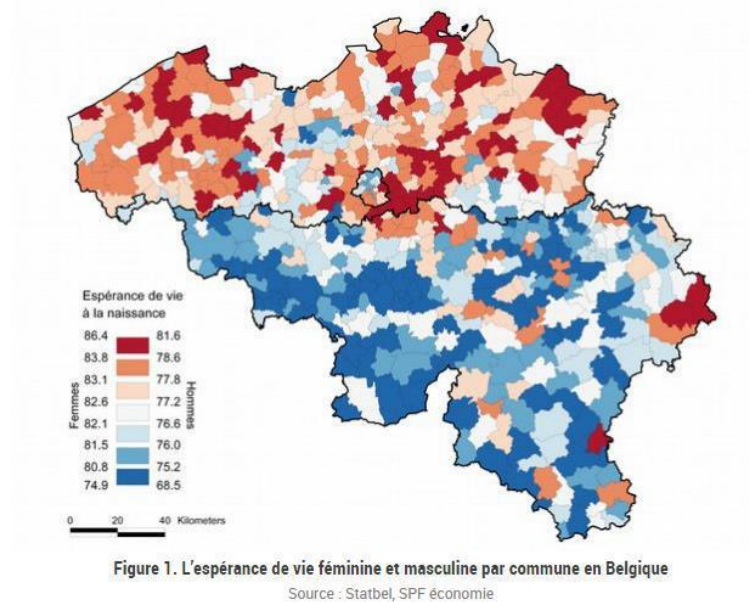
Netto betalingen van huishoudens en privéverzekeringen in % van de totale gezondheidsuitgaven (Eco santé 2015, gegevens 2013)



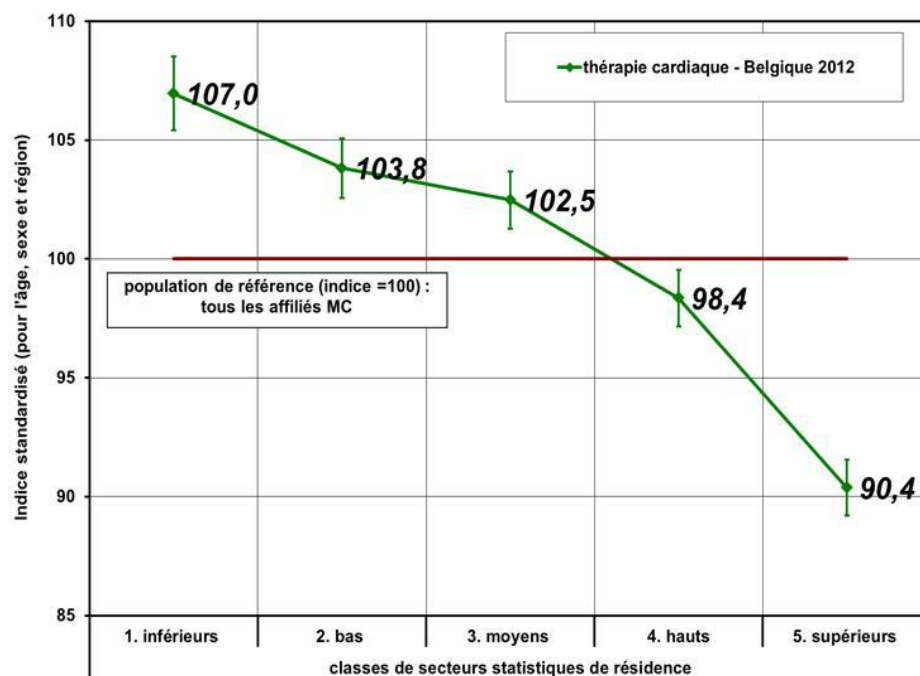
Bijlage 2.2. Toegankelijkheid: Ongelijkheden in mortaliteit en sociale determinanten

België kent grote ongelijkheden op gezondheidsvlak.

Ongelijkheid qua levensverwachting per gemeente (FOD Economie)



Gezondheidstoestand – Morbiditeit: cardio-vasculaire aandoening



Ratio :

$$107 / 90,4 = 118 \%$$

Données
MC 2012

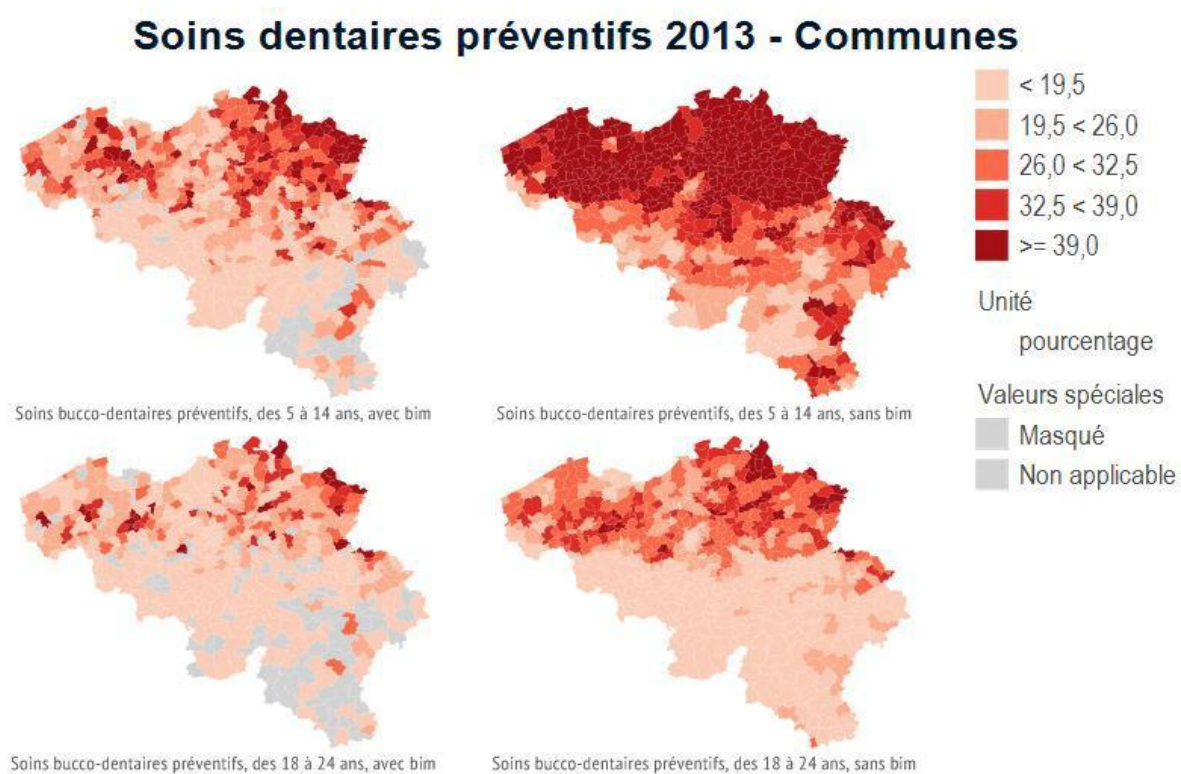
Détection via
Pharmanet

ATC = C01

Min 90 DDD

Bijlage 2.3. Toegankelijkheid - Ongelijkheden in preventieve zorgindicatoren

Percentage begunstigden met minimum 1 preventief contact bij de tandarts over 2 burgerlijke jaren op een periode van 3 burgerlijke jaren



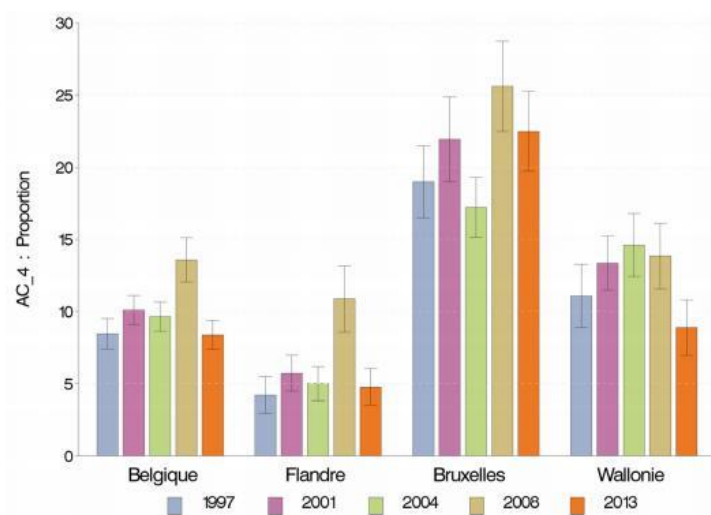
Source : <http://www.ima-aim.be>

De risicogroepen zijn jongeren van 18 tot 30 jaar, VT-ers en ouderen.

Bijlage 2.4. Toegankelijkheid - Belangrijke ongelijkheden qua zorguitstel per regio

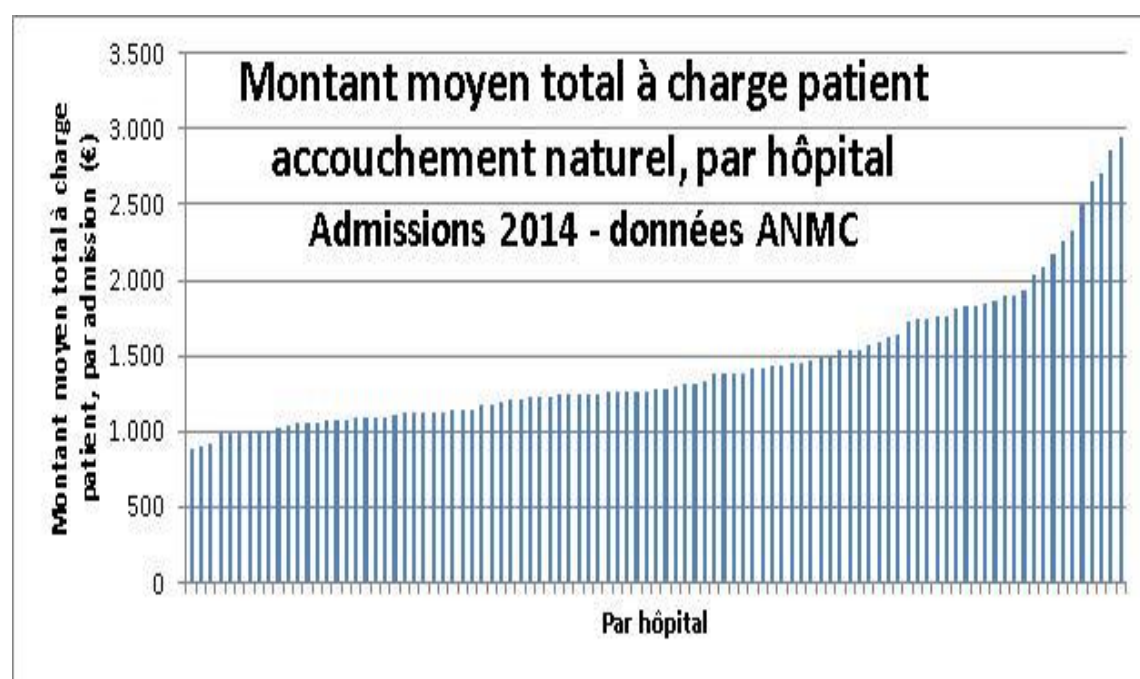
Percentage huishoudens dat zorg uitstelt, per regio.

Pourcentage des ménages qui indiquent avoir dû reporter des soins de santé au cours des 12 derniers mois, par Région et par année, Enquête de Santé, Belgique, 2013



Bijlage 2.5. Toegankelijkheid - Dualisering van de gezondheidszorg

Gemiddeld totaalbedrag ten laste van de patiënt voor de natuurlijke bevalling, gegevens 2014



Bijlage 3. De organisatie van de gezondheidszorg - Ziekenhuizen

In België is het aantal acute ziekenhuisbedden erg hoog.

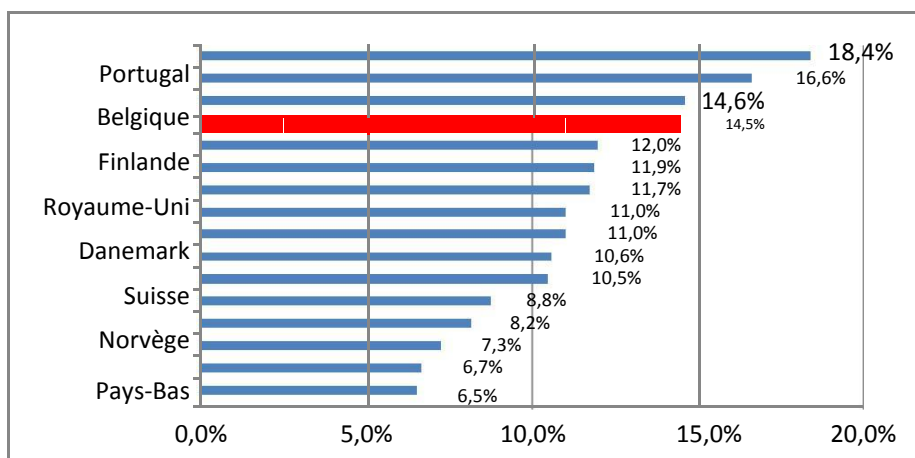
Acute bedden per 1000 inwoners (Ecosanté 2015)

Lits aigus par 1000 habitants (Ecosanté 2015)							
	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Finlande	-	-	3	2,4	2,2	1,8	2,8
Suède	4,6	4,1	3	2,4	2,2	2,0	2
Turquie	-	-	-	1,9	2,1	2,4	2,6
Norvège	4,7	3,8	3,3	3,1	2,9	2,4	2,3
Etats-Unis*	4,2	3,7	3,4	2,9	2,7	2,7	
Royaume-Uni	-	-	-	3,1	3	2,4	2,3
Portugal	3,1	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8	2,8
Pays-Bas	-	4	3,5	3,2	3,1	3,0	3,3
Danemark	-	-	-	3,5	3,2	2,9	
Italie (2012)	7	6,2	5,6	4,1	3,3	2,8	2,7
Suisse	-	-	-	4,1	3,6	3,1	2,9
France	-	-	-	4,1	3,7	3,5	3,3
Belgique	5,9	5,2	5	4,7	4,4	4,1	4
République Tchèque (2012)	8,2	8,1	6,9	5,7	5,3	4,9	4,6
Allemagne	-	-	6,9	6,4	5,9	5,7	5,3
*Chiffre 2007							

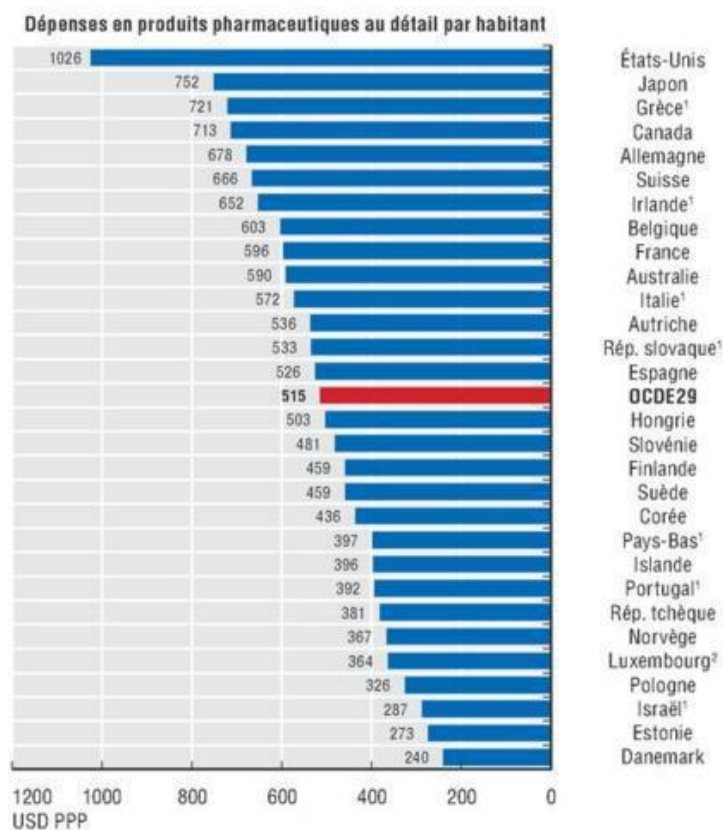
Bijlage 4. Efficiëntie: Aanzienlijke farmaceutische uitgaven

Het aandeel van de geneesmiddelen in de totale gezondheidsuitgaven is in België hoog. Daarnaast maken de geneesmiddelen een groot deel uit van het totale persoonlijk aandeel van de patiënt. Die hoge uitgaven worden zowel veroorzaakt door de hoge prijzen als door het hogere verbruik per inwoner dan het gemiddelde van de buurlanden.

Totale farmaceutische uitgaven vergeleken met de totale gezondheidsuitgaven (Ecosanté 2014, gegevens 2012)



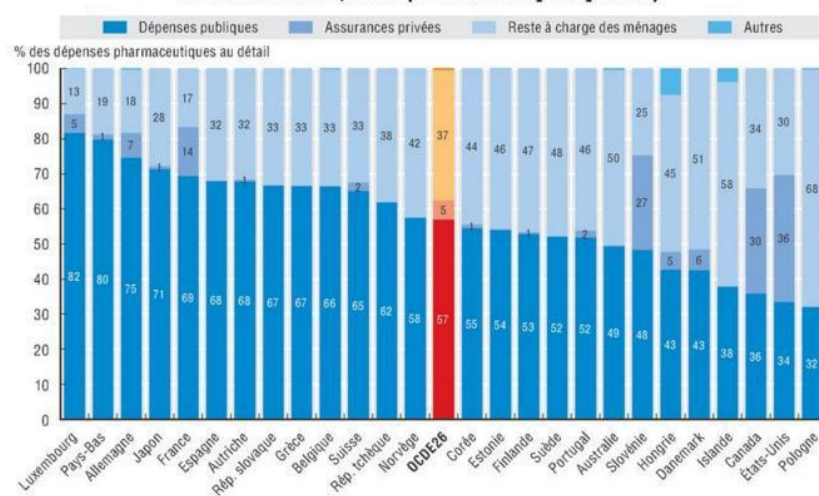
Totale uitgaven aan geneesmiddelen per inwoner (OESO-Rapport Panorama van de gezondheid 2015 – in Euro's/koopkrachtpariteit, gegevens 2013 of laatste beschikbare jaar)



1. Inclut les produits médicaux non-durables.

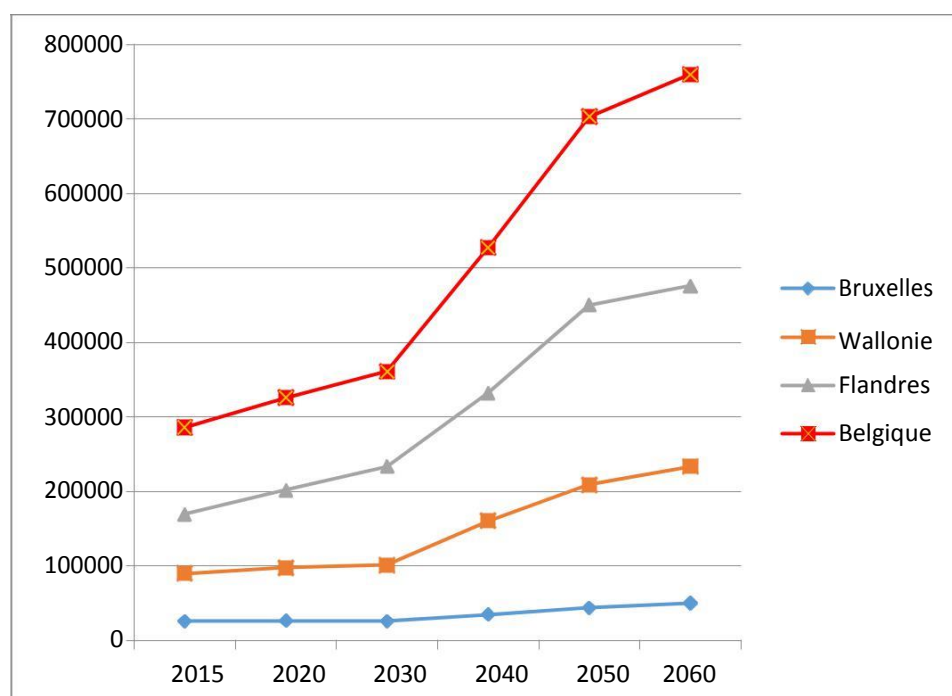
2. Exclut les médicaments sans ordonnance.

Graphique 2.6. Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par type de financement, 2013 (ou année la plus proche)



Bijlage 5. Toename van aantal ouderen: dringende aanpassing nodig aan de vergrijzing

Evolutie van de bevolking boven de 85 jaar (2015-2060, Planbureau)



Bijlage 6. Conventionering: stand van zaken

Pourcentage d'adhésion et de refus à l'accord médico-mutualiste 2016-2017

Région	Généralistes Adhésion	Généralistes Refus	Spécialistes Adhésion	Spécialistes Refus	Total Adhésion	Total Refus
Région bruxelloise	80,31	19,69	81,34	18,66	80,98	19,02
dont accrédité	70,07	29,93	74,62	25,38	73,04	26,96
Région flamande	91,79	8,21	79,44	20,56	84,33	15,67
dont accrédité	89,23	10,71	71,54	28,46	78,61	21,39
Région wallonne	86,28	13,72	83,83	16,17	84,79	15,21
dont accrédité	84,02	15,98	80,49	19,51	81,88	18,12
Total	88,54	11,46	81,12	18,88	84,00	16,00
dont accrédité	85,66	14,34	74,69	25,31	78,98	21,02

Toetredingspercentage per specialiteit tot het Medicomut - akkoord 2016-2017

Specialiteit	Geconventioneerd	Partieel geconventioneer d	Deconventionering
Plastische heelkunde	37,5%	4,17%	58,33%
Oftalmologie	36,18%	6,14%	57,68%
Dermato- venereologie	22,83%	8,16%	69,01%
Gynaecologie en verloskunde	41,90%	8,86%	49,24%
Orthopedie	47,45%	11,84%	40,71%
Stomatologie	55,04%	4,32%	40,63%
Totaal specialisten	72,79%	4,69%	22,52%

Tandarts	62,64%	/	37,36%
Erkend Huisarts	85,35%	0,77%	13,88%