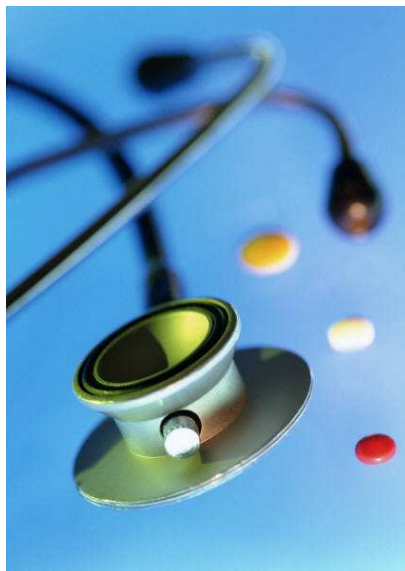


# **HOE GEZOND IS DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË?**



**FRANÇOIS DAUE**

**DAVID CRAINICH**

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

1

**CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM**

Over de auteurs

**François Daue** behaalde zijn licentiaat en Master in de economie aan de universiteit van Namen. Na twee jaar onderzoek voor de programmadiensten van het wetenschappelijk beleid, werkte hij gedurende zes jaar als adjunct-directeur voor de Franstalige federatie van ziekenhuizen (FIHW). Hij was directeur van Deloitte & Touche België, waar hij gedurende tien jaar het consultancy departement voor gezondheidszorg leidde en fungeerde als de Europese directeur van de Healthcare Business Group voor Deloitte & Touche. Hij is thans senior fellow bij het Itinera Institute en focust zijn onderzoek op de gezondheidszorg.

**David Crainich** studeerde aan de Université Catholique de Louvain en behaalde een doctoraat in de economie aan de Universitaire Faculteit Saint-Louis. Hij doceert economie aan de Université Catholique de Lille. Hij is tevens de auteur van verscheidene internationale publicaties in het domein van gezondheidseconomie en risico-theorie.

Dankwoord

De auteurs wensen alle personen die bijgedragen hebben tot de realisatie van dit rapport te bedanken. Dankzij hun opmerkingen en hun oordeelkundige inbreng, hebben zij ons toegelaten de verschillende delen van dit onderzoek te vervolledigen, te nuanceren en te finaliseren. Meer in het bijzonder danken wij de Professoren Marc De Vos ( Universiteit Gent en Itinera Institute), Johan Albrecht (Universiteit Gent en Itinera Institute) en Jean Hindriks ( UCL en Itinera Institute ) evenals de externe experts en de medewerkers van Itinera die ons bijgestaan hebben bij de redactie van dit document.

## **INHOUD**

---

<b>1</b>	<b>DEEL I – ANATOMIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM.....</b>	<b>13</b>
1.1	DE VERSCHILLENDE DIMENSIES VAN DE GEZONDHEID .....	14
1.1.1	<i>De benadering « gezondheid » versus « gezondheidszorgen ».....</i>	<i>14</i>
1.1.2	<i>De Gezondheid en het welzijn.....</i>	<i>16</i>
1.1.3	<i>Het openbaar en het privé-aandeel in de Gezondheidszorg.....</i>	<i>17</i>
1.1.4	<i>Het model van de 5 P's afgestemd op de burger-patiënt .....</i>	<i>20</i>
1.1.5	<i>De weerhouden benadering .....</i>	<i>22</i>
1.2	DE ACTOREN VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM .....	23
1.2.1	<i>De basisactiviteiten.....</i>	<i>23</i>
1.2.1.1	<i>De overheid « public authorities » .....</i>	<i>23</i>
1.2.1.2	<i>De ziekenfondsen en de privé-verzekeraars « payors ».....</i>	<i>24</i>
1.2.1.3	<i>De farmaceutische industrie en de industrie van medische hulpmiddelen.....</i>	<i>24</i>
1.2.1.4	<i>De zorgverleners « providers » .....</i>	<i>25</i>
1.2.2	<i>De andere activiteiten .....</i>	<i>26</i>
1.2.3	<i>Een belangrijke vergelijking.....</i>	<i>27</i>
1.3	DE ORGANISATIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM.....	29
1.3.1	<i>De drie machtsniveaus .....</i>	<i>29</i>
1.3.2	<i>De bijzonderheden van het Belgische gezondheidssysteem .....</i>	<i>31</i>
1.3.3	<i>Het financieringssysteem .....</i>	<i>35</i>
1.3.4	<i>Het gewicht van de lobbies en van de belangengroepen.....</i>	<i>38</i>
1.4	DE EVOLUTIE VAN HET GEZONDHEIDSBELEID .....	39
1.4.1	<i>De eerste golf: twintig jaar "zorgeloze groei in de zorg": 1963-1982.....</i>	<i>39</i>
1.4.2	<i>De tweede golf: de vijfentwintig "budgettaire" jaren: 1982-2007.....</i>	<i>40</i>
1.5	DE VOORNAAMSTE UITDAGINGEN VOOR DE XXI <sup>STE</sup> EEUW .....	45
1.5.1	<i>De evolutie van de levens- en consumptiegewoonten.....</i>	<i>46</i>
1.5.2	<i>De toename van de chronische ziekten.....</i>	<i>47</i>
1.5.3	<i>De verlenging van de levensduur en de vooruitgang van de nieuwe technologieën en nieuwe behandelingen.....</i>	<i>50</i>
1.5.4	<i>Toename van de gezondheidsuitgaven en van de behoefte aan menselijke middelen</i>	<i>52</i>
<b>2</b>	<b>DEEL II – DE TRADITIONEEL ERKENDE STERKTES VAN HET BELGISCH GEZONDHEIDSSYSTEEM .....</b>	<b>53</b>
2.1	DE DEKKINGSGRAAD VAN DE BEVOLKING DOOR DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING .....	54
2.2	DE VRIJE KEUZE VAN DE PATIËNT .....	58
2.3	DE TOEGANG TOT HET GEZONDHEIDSSYSTEEM .....	59
2.4	DE GLOBALE DYNAMIEK DIE HET SYSTEEM TEWEEGBRENGT .....	60
2.5	DE BASISKWALITEIT VAN HET ONDERWIJS EN VAN DE BEOEFENAARS .....	61
2.6	DE PROFESSIONALISERING VAN HET BELEID .....	62

<b>3</b>	<b>DEEL III. WAAROM ZIJN HERVORMINGEN NODIG? .....</b>	<b>63</b>
3.1	DE EVOLUTIE VAN HET BUDGET MOET BETER BEHEERST WORDEN .....	67
3.1.1	<i>Een exponentiële toename van de overheids- en privé-gezondheidsuitgaven .....</i>	67
3.1.2	<i>Een financiering die steeds meer berust op de privé-bijdragen .....</i>	72
3.1.3	<i>Een sector van de gezondheidszorg die de sociale zekerheid kannibaliseert .....</i>	76
3.1.4	<i>Een tendens die door het effect van de vergrijzing nog zal versterken .....</i>	77
3.1.5	<i>Een besteding van de uitgaven die ten voordele van bepaalde posten evolueert ....</i>	79
3.1.6	<i>Een onvolmaakt mechanisme voor de samenstelling van het budget .....</i>	81
3.2	DE KWALITEITSDOELSTELLING KOMT ONVOLDOENDE TOT UITING .....	83
3.2.1	<i>Inleiding .....</i>	83
3.2.2	<i>De tegenstelling tussen de tevredenheid van de Belgen en de internationale studies</i>	86
3.2.3	<i>De afwezigheid op nationale schaal van formele kwaliteitsgarantiemechanismen...</i>	94
3.2.4	<i>De noodzaak om van een middelenlogica over te stappen naar een resultatenlogica</i>	96
3.3	HET AANBOD MOET EVOLUEREN .....	97
3.3.1	<i>Een ernstig tekort aan artsen voor de toekomst .....</i>	98
3.3.2	<i>Aanpassing van het profiel van de verpleegkundige noodzakelijk .....</i>	104
3.3.3	<i>Ook een dreigend tekort aan verzorgenden .....</i>	106
3.3.4	<i>Onvoldoende samenwerking, zorgnetwerken en specialisatie .....</i>	107
3.3.5	<i>Onvoldoende uitbouw van de thuiszorg en participatie van de patiënt .....</i>	111
3.4	DE ZIEKTEPREVENTIE IS ONDERONTWIKKELD .....	115
3.4.1	<i>Inleiding .....</i>	115
3.4.2	<i>Preventie is geen politieke prioriteit .....</i>	116
3.4.3	<i>De voordelen van preventie .....</i>	118
3.4.4	<i>De versnippering van de bevoegdheden zet niet aan tot preventie .....</i>	120
3.4.5	<i>Een quasi exclusieve focus op de curatieve dimensie .....</i>	122
3.5	ER ONTBREEKT EEN VISIE OP MIDDELLANGE EN OP LANGE TERMIJN EN EEN KOSTENBEWUSTZIJN	123
3.5.1	<i>De huidige dynamiek van het systeem is gericht op de korte termijn .....</i>	123
3.5.2	<i>De nood aan een prospectieve visie om het hoofd te bieden aan de talrijke uitdagingen .....</i>	124
3.5.3	<i>Het actuele gebrek aan visie en aan een middellange- en langetermijnplanning...</i>	125

Inleiding en doelstelling

Bij het begin van de XXIste eeuw, worden de Gezondheidssystemen van alle Europese landen geconfronteerd met een zeer hoge druk op menselijk, financieel, therapeutisch en technologisch vlak. Die druk vormt een ernstige bedreiging voor het behoud van een kwalitatief hoogstaand en voor iedereen toegankelijk systeem. Een proactieve, vastberaden aanpak, waar alle partners bij betrokken worden, is noodzakelijk.

Het doel van dit eerste rapport van de Afdeling Gezondheid van het Itinera Institute is na te denken over de essentiële krachtlijnen van deze nieuwe benadering. Door de integratie van nationale en internationale onderzoeken beoogt dit rapport een synthese te bieden aan alle actoren van het Gezondheidssysteem: de zorgverleners, de burger-patiënt, de openbare overheden, de ziekenfondsen, de verzekeringsmaatschappijen en alle leveranciers van goederen en diensten. Geconfronteerd met de talrijke uitdagingen, zullen al deze actoren nieuwe projecten en nieuwe verantwoordelijkheden op zich nemen, ze initiëren en ontwikkelen. Men moet zich nu baseren op een eerste algemene balans van ons systeem.

Het rapport stelt drie essentiële vragen die beantwoorden aan de drie delen en aan de drie dimensies van deze reflectie. Vooreerst « Deel I Anatomie »: welke zijn de essentiële elementen die men moet kennen en begrijpen om een reflectie over ons Gezondheidssysteem te kunnen aanvatten. Vervolgens « Deel II »: welke zijn de traditioneel erkende sterke punten waarop wij kunnen steunen terwijl we er ook de noodzakelijke nuances aan toevoegen. « Deel III » belicht alle redenen waarom het ondernemen van hervormingen ons onontbeerlijk lijkt.

De ambitie en de hoop van dit document is een aanzet te geven tot een optimistische en reactieve denkbeweging om aldus de toekomst van ons Gezondheidssysteem veilig te stellen. Optimistisch, omdat wij denken dat het niet te laat is en omdat alle voorwaarden om te slagen aanwezig zijn. Reactief, omdat we denken dat we dringend moeten reageren om een niet controleerbare en ongewenste evolutie te vermijden.

## Context (Deel I)

1. Gezondheid is een sleutelsector. Zelfs als we ons beperken tot de basisactiviteiten, stelt de gezondheidssector met 400.000 personen 9,38% van de actieve bevolking tewerk. Dit is meer dan het onderwijs (370.000) en dubbel zoveel als de bouwsector. Het activiteitenveld van de Gezondheid breidt iedere dag uit. Het beperkt zich niet langer tot het curatieve aspect, maar omvat een veel breder begrip: het welzijn van de bevolking. De burger-patiënt bevindt zich in het centrum van het systeem. Onze economie evolueert geleidelijk naar een gezondheidseconomie.

2. De evolutie van het gezondheidsbeleid wordt gekenmerkt door twee grote periodes. Vanaf de jaren '60 tot het begin van de jaren '80, kunnen we spreken van twintig zorgeloze groei-jaren voor de gezondheidszorg, een periode van maximalisatie van het aanbod zonder de druk van beperkte middelen, mogelijk gemaakt door de voorspoed en het klimaat van vertrouwen die deze periode kenmerken. Van 1982 tot 2007, kennen we 25 « budgettaire » jaren van toenemende begrotingsfixatie, met drie grote hervormingsgolven: eerst de ziekenhuizen, dan de ziekenfondsen en het RIZIV, en ten slotte de farmaceutische nijverheid, de artsen, en de uitbreiding van de dekking in de gezondheidszorg.

3. De 21ste eeuw plaatst de gezondheidszorg voor belangrijke nieuwe uitdagingen: de evolutie van de levens- en consumptiegewoonten, de toename van de chronische ziekten, de verlenging van de levensduur en de vooruitgang van de nieuwe technologieën en de nieuwe behandelingen. Als gevolg van deze vier factoren zullen de gezondheidsuitgaven groeipercentages kennen die veel hoger liggen dan in het verleden en zullen er nieuwe behoeften in termen van menselijke middelen ontstaan.

De sterke punten van het Belgische systeem (Deel II)

1. Traditioneel worden aan ons gezondheidssysteem **drie sterke punten** toegeschreven: de dekkingsgraad van de bevolking door de verplichte ziekteverzekering, de vrije keuze van de patiënt en de toegang tot het gezondheidssysteem. Naast deze traditionele sterke punten kunnen we **3 bijkomende sterke punten** weerhouden.

2. De door het systeem teweeggebrachte **algemene dynamiek in de concrete aanbieding en prestatie van gezondheidszorg**: het zelfstandige statuut van de zorgverleners, de concurrentie tussen de netten en de instellingen, en de rivaliteit tussen de ziekenfondsen hebben gezorgd (en zorgen nog steeds) voor een gezonde wedijver tussen de verschillende actoren van het gezondheidssysteem.

3. De **basisvorming en de kwaliteit van de zorgverleners**, dankzij een goed onderwijssysteem en een goede permanente vorming. Echter: de groeiende schaarste van goed menselijk kapitaal op de arbeidsmarkt zal zich ook in de medische beroepen doen gevoelen.

4. Ten slotte: de **toenemende professionalisering van het beheer van de structuren en de actoren van de gezondheidszorg**. Het gezondheidssysteem heeft tijdens de laatste 15 jaar een zeer belangrijke vooruitgang geboekt op het gebied van het management. Precieze functiestructuren en profielen zijn ingevoerd, zoals financieel beheer, informatica en medische directies. Niettemin blijven er nog belangrijke verbeteringen nodig in sommige instellingen.



De bedreigingen (Deel III)

Ons systeem van gezondheidszorg bezit belangrijke troeven. Nochtans worden deze tegenwoordig ernstig bedreigd.

1. **Sinds 25 jaar is alle beleidsaandacht in hoofdzaak naar het budget gegaan** en dit gedurende drie opeenvolgende periodes: (i) de ziekenhuizen, (ii) de mutualiteiten, (iii), de farmaceutische industrie en de zorgverleners.
  - a. Ondanks 25 jaar van budgettaire controle is men er niet in geslaagd het budget te controleren: de groeivoet is onhoudbaar in vergelijking met de evolutie van het Belgische BBP, de gezondheidssector kannibaliseert de andere sectoren van de sociale zekerheid (onder andere de pensioenen) en de private financiering blijft maar stijgen.
  - b. De 25 jaar van budgettaire controle hebben een stijgende druk uitgeoefend op het zorgaanbod en hebben de rol van de centrale overheid doen toenemen, terwijl de traditionele sterkte van het systeem net berust op de vrije toegang tot uiterst gedecentraliseerde diensten.
  - c. De budgettaire controle via het groeिनormen systeem doet de vergrijzingskost stijgen voor de toekomstige generaties.
  - d. De budgettaire controle is onhoudbaar in de toekomst, gelet op de voormelde uitdagingen van de 21<sup>e</sup> eeuw.

**De budgettaire fixatie is dus zonder meer ontoereikend, onhoudbaar en gevaarlijk voor de toekomst van het Belgische gezondheidszorgsysteem.**

2. **Het budget zal in de toekomst ongetwijfeld onvoldoende zijn ondanks de steeds groter wordende aderlating in het gezinsbudget.** De private en publieke gezondheidsuitgaven kennen een

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

uitzonderlijke groei. Deze uitzonderlijke groei is niet onder controle en kannibaliseert de sociale zekerheid, zoals ook het Rekenhof heeft aangeklaagd. Zij is desondanks nodig om een performant gezondheidszorgsysteem te verzekeren. De budgettaire groei die voorzien is door de Studiecommissie voor de Vergrijzing zal duidelijk onvoldoende zijn.

- 3. De kwalitatieve doelstelling wordt onvoldoende benadrukt in het gezondheidszorgbeleid.** Hoewel er inspanningen worden ondernomen op individueel niveau, bestaat er geen globale aanpak om de kwaliteit van onze gezondheidszorg te waarborgen. Bestaande internationale vergelijkingen inzake kwaliteit zijn niet lovend voor België. Bovendien is de transparantie van de kwaliteitsinformatie quasi onbestaande. **Waar informatie bestaat, toont die bovendien een eerder middelmatige prestatie aan.**

Voorbeelden hiervan zijn kindersterfte, perinatale sterfte of sterfte ten gevolge van borstkanker of darmkanker. Voor al deze indicatoren bevindt België zich tussen de 15<sup>e</sup> en de 20<sup>e</sup> plaats in een rangschikking van 28 ontwikkelde landen. Ziekenhuisinfecties zijn een ander voorbeeld. Er zijn er ongeveer 110 000 per jaar, alleen nog maar voor de ziekenhuizen, met tussen de 2500 en de 3000 doden en kosten die oplopen tot €116.322.800 voor extra ziektedagen ten gevolge van deze infecties.

Het is belangrijk dat kwaliteit een belangrijker plaats krijgt in het Belgische gezondheidszorgbeleid, aangezien de patiënt vandaag te weinig middelen krijgt om die te evalueren. Maar, door de budgettaire nadruk gaat de beleidsaandacht alleen naar kwantiteit en toegankelijkheid van het aanbod. De kwaliteit van het aanbod daarentegen is de vrucht van individuele initiatieven en dus niet van een georganiseerd en voluntaristisch beleid. België faciliteert de keuzevrijheid van de patiënt en de concurrentie tussen de zorgverleners, maar doet te weinig om de keuzes van de patiënt geïnformeerd te doen verlopen.

- 4. De quota zijn contraproductief en zullen in de toekomst leiden tot tekorten op het gebied van menselijke middelen:** artsen, zorgassistenten...

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

Naast de samenwerking tussen de verschillende zorgniveaus is ook de uitwerking van geïntegreerde zorgnetwerken ofwel volledig onbestaand, ofwel ruim ontoereikend. Het beleid is er één van verticale budgettaire affectatie volgens de klassieke indeling: ziekenhuizen, artsen, specialisten,... **De toekomst vraagt om een horizontale organisatie die de verschillende niveaus in een geïntegreerde aanpak combineert**, wat toelaat zich toe te spitsen op resultaten in termen van gezondheid, eerder dan op zorgverlenende prestaties zelf.

5. **Het merendeel van het budget is gebaseerd op het curatieve en besteedt heel weinig aandacht aan de preventie.** Door de budgettaire druk is het gezondheidsbeleid grotendeels teruggebracht tot curatieve zorg. De stimulansen om te investeren in de preventieve dimensie zijn quasi onbestaande. Er bestaan sinds kort enkele goede initiatieven op regionaal of nationaal niveau, zoals het nationale plan tegen kanker. Deze initiatieven zijn echter te specifiek om een structureel probleem op te lossen. Preventie moet op structurele wijze versterkt worden.
6. We stellen een **gebrek aan visie op middellange- en lange termijn** vast. Het beleid is afgestemd op bekommernissen op korte termijn.

Het gezondheidszorgbeleid in België is gebaseerd op de toewijzing van middelen op basis van belangengroepen en corporatisme. Er bestaat geen institutioneel kader om de budgettaire toewijzingen te koppelen aan een lange termijn visie over gezondheid.

De organisatie van de Belgische gezondheidszorg **mist, als gevolg van de budgettaire logica op korte termijn, een reflectieplatform over gezondheid en gezondheidsbeleid op lange termijn.** Deze denkoefening is nochtans noodzakelijk en moet de fundamentele veranderingen van de 21<sup>ste</sup> eeuw mogelijk maken:

- a. Een horizontale organisatie gebaseerd op samenwerking.

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- b. De optimalisatie van het zorgaanbod op kwantitatief en kwalitatief vlak.
- c. De omschakeling van de rol van de burger-patiënt naar een grotere responsabilisering door middel van stimulansen.
- d. Een geoptimaliseerd gebruik van technologie en informatie.

## **1 DEEL I – ANATOMIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM**

---

1. Gezondheid is een sleutelsector. Zelfs als we ons beperken tot de basisactiviteiten, stelt de gezondheidssector met 400.000 personen 9,38% van de actieve bevolking tewerk. Dit is meer dan het onderwijs (370.000) en dubbel zoveel als de bouwsector. Het activiteitsveld van de Gezondheid breidt iedere dag uit. Het beperkt zich niet langer tot het curatieve aspect, maar omvat een veel breder begrip: het welzijn van de bevolking. De burger-patiënt bevindt zich in het centrum van het systeem. Onze economie evolueert geleidelijk naar een gezondheidseconomie.

2. De evolutie van het gezondheidsbeleid wordt gekenmerkt door twee grote periodes. Vanaf de jaren '60 tot het begin van de jaren '80, kunnen we spreken van twintig zorgeloze groei-jaren voor de gezondheidszorg, een periode van maximalisatie van het aanbod zonder de druk van beperkte middelen, mogelijk gemaakt door de voorspoed en het klimaat van vertrouwen die deze periode kenmerken. Van 1982 tot 2007, kennen we 25 « budgettaire » jaren van toenemende begrotingsfixatie, met drie grote hervormingsgolven: eerst de ziekenhuizen, dan de ziekenfondsen en het RIZIV, en ten slotte de farmaceutische nijverheid, de artsen, en de uitbreiding van de dekking in de gezondheidszorg.

3. De 21ste eeuw plaatst de gezondheidszorg voor belangrijke nieuwe uitdagingen: de evolutie van de levens- en consumptiegewoonten, de toename van de chronische ziekten, de verlenging van de levensduur en de vooruitgang van de nieuwe technologieën en nieuwe behandelingen. Als gevolg van deze vier factoren zullen de gezondheidsuitgaven groeipercentages kennen die veel hoger liggen dan in het verleden en zullen er nieuwe behoeften in termen van menselijke middelen ontstaan.

## **1 DEEL I – ANATOMIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM**

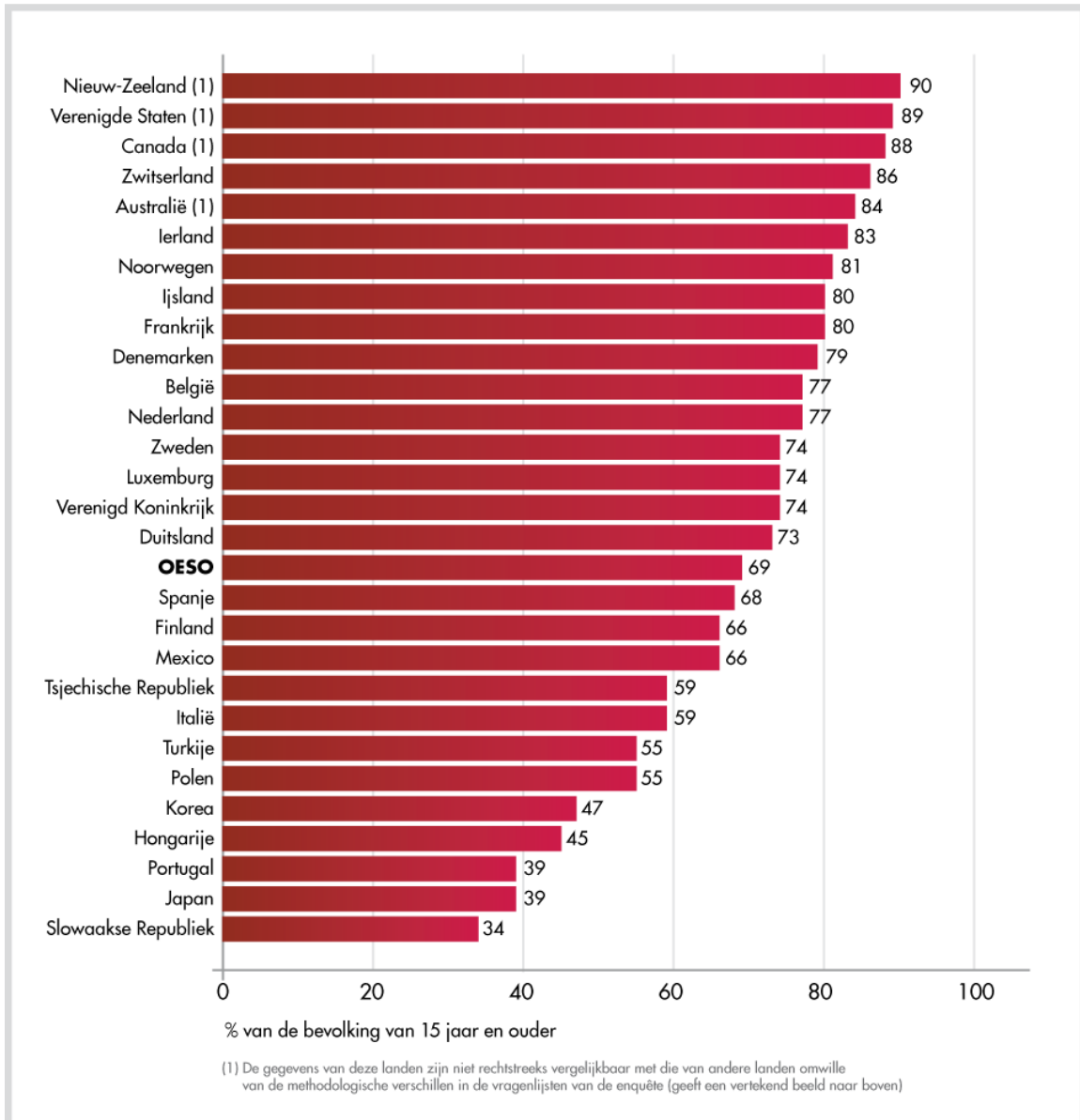
---

### **1.1 De verschillende dimensies van de Gezondheid**

#### **1.1.1 De benadering « gezondheid » versus « gezondheidszorgen »**

- Wanneer men het heeft over het Gezondheidssysteem in België, benadrukt men meestal de curatieve as. Derhalve gebruikt men de term « gezondheidszorg », wat in de Angelsaksische terminologie vertaald wordt als « healthcare ».
- Dit is een restrictieve zienswijze want ze herleidt de gezondheid tot een deel van het geheel, namelijk het zorggedeelte. Men gaat uit van de veronderstelling dat men zich reeds in een zorgbehoevende toestand bevindt en aldus wordt de benadering opnieuw beperkt tot de zorgverstrekkers en tot de financiering ervan. Men vergeet dat de burger een sleutelrol vervult in zijn gezondheidssysteem. Anderzijds is het begrip zorg geen synoniem van gezondheid, want de zorgen kunnen ondoeltreffend zijn of geen invloed hebben op de gezondheidstoestand;
- Wij denken dat we dringend de voorkeur moeten geven aan een ruimer begrip dat zich niet beperkt tot het curatieve aspect, maar eerder de nadruk legt op de Gezondheid als sleutelement van het welzijn van de bevolking. De gezondheidstoestand van de bevolking wordt niet enkel gemeten door middel van de pathologieën die men in het curatieve systeem tegenkomt: ziekenhuizen, eerstelijnsartsen,... De Gezondheid van de bevolking wordt eerst en vooral gemeten door het evalueren van de Gezondheidstoestand van de bevolking in al haar componenten. Wanneer men de vergelijkende tabel van de OESO analyseert, merkt men dat 77% van de Belgen beweren een goede Gezondheid te hebben. Daarmee scoren we beduidend beter dan het OESO-gemiddelde.

**PERCENTAGE VOLWASSENEN DAT BEWEERT IN GOEDE GEZONDHEID TE ZIJN, TOTALE BEVOLKING, 2005 (OF LAATSTE BESCHIKBARE JAAR)**



Bron: Health at a glance: OESO-indicatoren – OESO november 2007

### **1.1.2 De Gezondheid en het welzijn**

In het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw, zijn de begrippen Gezondheid en welzijn steeds meer met elkaar verwant. In de geïndustrialiseerde landen hecht de burger van de 21<sup>ste</sup> eeuw steeds meer belang aan alle zorgen, producten en diensten die hem toelaten zijn welzijn te verbeteren en die op korte of op middellange termijn een invloed hebben op zijn gezondheidstoestand.

Die voortdurend toenemende vraag uit zich in heel sterk verschillende vormen:

- Voeding
- Sport
- Zorgen en schoonheidsproducten
- Bronkuren
- Luminotherapie
- Kinesithérapie en relaxatie
- Parafarmacie
- Meet- en zelfdiagnose-apparatuur ( bijvoorbeeld hartfrequentiemeter)
- Complementaire geneesmiddelen en therapieën...

Deze nieuwe vraag leidt tot een zeer belangrijke groei van een nieuwe economische sector.

Het feit dat de burger zijn welzijn in handen neemt, mag niet ontbreken in onze reflectie want dit heeft een rechtstreekse invloed op zijn gezondheidstoestand op middellange en op lange termijn. Bepaalde landen, zoals Canada, hebben deze interactie tussen het welzijn en de gezondheidstoestand heel goed begrepen. De



'Agence Publique Fédérale Canadienne' pakt uit met het welzijn als sleutelement van haar strategie.

### **1.1.3 Het openbaar en het privé-aandeel in de Gezondheidszorg**

- Zelfs wanneer de kosten die met de Gezondheid gepaard gaan voor een groot deel door de Belgische overheid gedragen worden, moeten de burgers zelf nog een belangrijk deel ervan voor eigen rekening nemen. De recente studie van de OESO<sup>1</sup> toont aan dat de Belgische burger 28% van zijn gezondheidsuitgaven voor zijn rekening neemt. Daarmee bevinden we ons in het koppeloton van Europa. Bepaalde analyses die meer privé-uitgaven in hun berekeningen opnemen, spreken van een 1/3 - 2/3 verhouding, wat neerkomt op 10 miljard euro voor rekening van de burger en 20 miljard euro voor rekening van de overheid.

Van het geheel van de hieronder vermelde OESO-landen, zijn er slechts vier die een hogere tussenkomst van de burgers in de Gezondheidskosten vragen: de Verenigde Staten, Canada, Spanje en Zwitserland.

<b>Land</b>	<b>%</b>
Duitsland	76,9
Australië	
Oostenrijk	75,7
België	72,3
Canada	70,3
Denemarken	84,1
Spanje	71,4
Verenigde Staten	45,1
Finland	77,8
Frankrijk	79,8
Ierland	78,0
Italië	76,6
Japan	
Luxemburg	90,7
Noorwegen	83,6
Nieuw-Zeeland	77,4
Nederland	

<sup>1</sup> OESO – Health Data 2007.

**Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming**

Portugal	72,3
Verenigd Koninkrijk	87,1
Zweden	84,6
Zwitserland	59,7

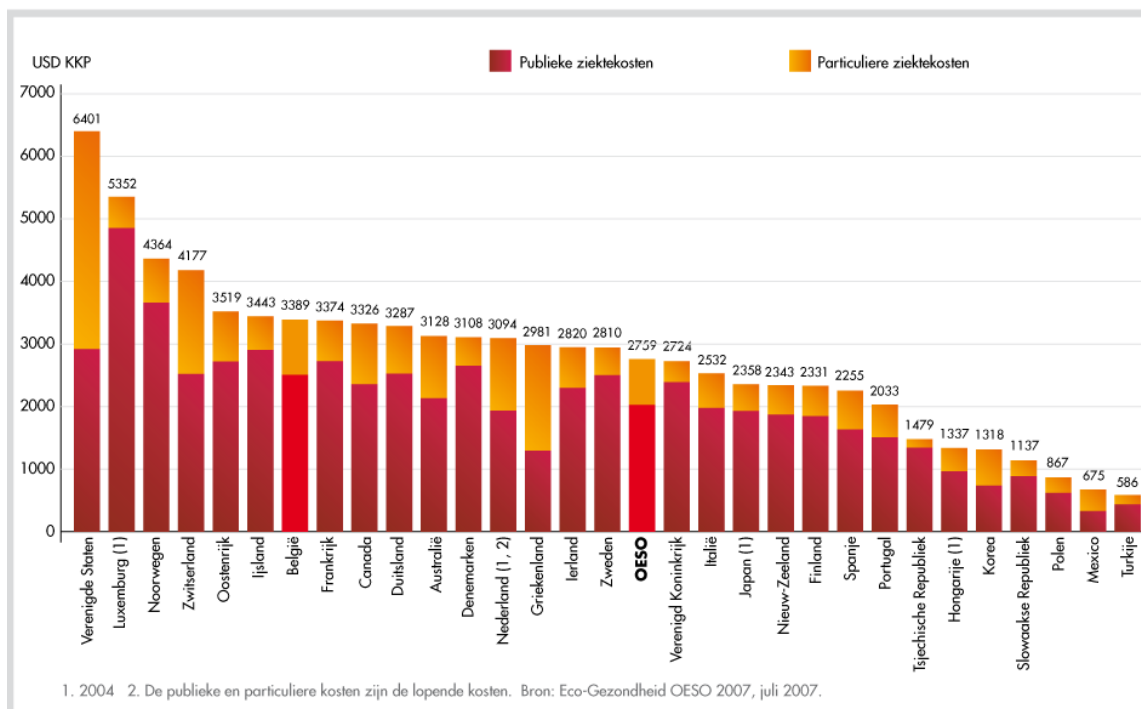
Door de overheid gedragen percentage in de gezondheidsuitgaven.

Bron: OESO-Health Data 2007

België scoort ook hoger dan het gemiddelde van de OESO-landen voor wat betreft de gezondheidsuitgaven per inwoner aangepast op basis van de koopkrachtpariteit van de valuta.

Het gemiddelde van alle OESO-landen bedraagt 2759 USD, voor België is dit 3389 USD . De uitgaven per inwoner liggen dus **23 % hoger dan het OESO-gemiddelde**. We merken op dat de Verenigde Staten en Zwitserland op kop van dit klassement blijven, maar dat Luxemburg, Noorwegen, Oostenrijk en IJsland de plaats ingenomen hebben van Frankrijk en Duitsland.

**ZIEKTEKOSTEN PER INWONER, PUBLIEKE EN PARTICULIERE ZIEKTEKOSTEN, LANDEN VAN DE OESO, 2005**



Bron: OESO – Health Data 2007

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- Zoals blijkt uit onderstaande tabel van de OESO<sup>2</sup>, is deze tussenkomst van de burger in een belangrijk deel van de gezondheidsuitgaven de laatste jaren toegenomen en zal zij in de komende jaren verder toenemen.

Jaar	%
1997	23,2
1998	23,7
1999	23,9
2000	24
2001	23,4
2002	24,8
2003	28,4
2004	26,9
2005	27,7

Evolutie van het privé-gedeelte in de gezondheidsuitgaven in België  
Bron: OESO – Health Data 2007

- Afgezien van de onontbeerlijke solidariteit, zijn de burgers bereid zelf te investeren in hun eigen gezondheid. Indien ze de mogelijkheid hebben en er de kans toe krijgen, zijn de burgers bereid te investeren in de Gezondheid. Bijgevolg zijn we verplicht rekening te houden met deze belangrijke dimensie. De gezondheidseconomisten R. Hall et C. Jones onderstrepen in het bijzonder gereputeerde “Quarterly Journal of Economics”<sup>3</sup> dat, naarmate het consumptieniveau toeneemt, de burger steeds minder voldoening haalt uit een uitgave voor bijkomende consumptie maar dat deze wet niet geldt voor de levensduur en de Gezondheid. De eerste koelkast en de eerste auto verhogen de levenskwaliteit gevoelig; de tweede auto reeds een stuk minder. Daaruit volgt dat de mensen een toenemend deel van hun inkomen besteden aan hun gezondheid omdat hun bijkomende uitgaven voor materiele consumptie hen, in verhouding, steeds minder voldoening schenken. De Gezondheid of een bijkomend levensjaar zijn, zoals deze auteurs onderstrepen, belangrijker dan «een derde auto, een ander televisietoestel of nieuwe kleren ».

---

<sup>2</sup> OESO – Health Data 2007.

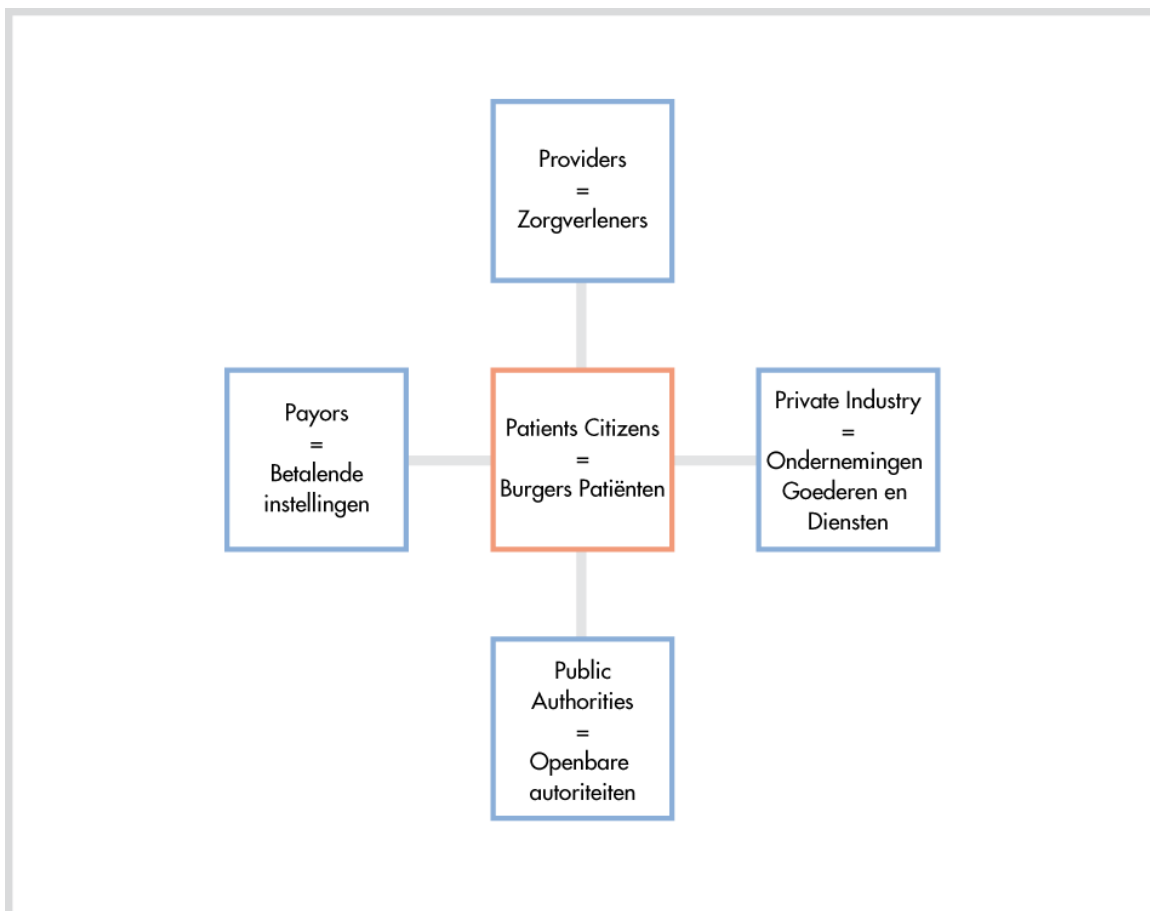
<sup>3</sup> R. Hall et C. Jones - Quarterly Journal of Economics.

#### 1.1.4 Het model van de 5 P's afgestemd op de burger-patiënt

In het verleden, waren de studies over de Gezondheidssector in België meestal geconcentreerd op en beperkt tot het onderzoeken van twee hoofdactoren in het Gezondheidssysteem:

- De zorgverleners en de zorginfrastructuur in hun verschillende vormen: ziekenhuizen, artsen, verpleegkundigen...
- De staat als financier en de verschillende instellingen die het systeem vormen (Ministerie, RIZIV, ziekenfondsen...)

Vandaag, bij het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw, is de rol en de plaats van de verschillende actoren geëvolueerd en er dringt zich dus een andere visie op. Voor deze studie weerhouden we een veel ruimere visie die niet twee, maar vijf types hoofdactoren omvat - de 5 P's.



Deze nieuwe visie op de wereld van de Gezondheid beperkt zich niet meer tot de zorgverleners en de overheid. Het is in de eerste plaats de Burger-Patiënt die centraal geplaatst wordt.

Rond deze Burger-Patiënt bewegen zich 4 belangrijke polen die direct interveniëren in het Gezondheidssysteem. Daaronder bevinden zich uiteraard de overheid en de zorgverleners, maar ook twee andere polen die een belangrijke rol spelen in het Gezondheidssysteem:

- De betalingsinstellingen die zowel de ziekenfondsen als de privé-verzekeringsmaatschappijen omvatten. De analyses waren traditioneel enkel op de ziekenfondsen geconcentreerd. Vandaag genieten 4.913.000 Belgen van een bijkomende dekking inzake gezondheidszorg aangeboden door privé-verzekeringsmaatschappijen. 1.221.000 onder de vorm van een individueel contract en 3.692.000 onder de vorm van een groepscontract<sup>4</sup>. In 1995, waren ze nog maar met 2,5 miljoen. Het is dus van essentieel belang deze maatschappijen op te nemen in het onderzoeksgebied en hen te betrekken bij onze reflectie over ons Gezondheidssysteem.
- De producerende en dienstverlenende ondernemingen uit zeer talrijke sectoren: de telecomsector, de voedingssector, de banksector, de farmaceutische sector, de medische voorzieningen, interim, ...

De zorgverleners, de producerende en dienstverlenende ondernemingen, de overheid, de ziekenfondsen en de privé-verzekeraars, allen staan ze ten dienste van de burger-patiënt.

Het is van essentieel belang die twee begrippen, burgers en patiënten, goed van elkaar te onderscheiden:

- Om het even welke Belgische burger, ontwikkelt vooraleer hij ziek is en dus patiënt wordt, gedragingen en gewoontes qua levensstijl en ook consumptiepatronen die een directe invloed hebben op zijn huidige, maar vooral op zijn toekomstige gezondheid. Zonder dus direct betrokken te zijn

---

<sup>4</sup> Gegevens Assuralia – laatste aanpassing op 30.11.2007

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

bij een zorgproces, beïnvloedt hij reeds het toekomstige gezondheidssysteem. Het fenomeen van de toenemende obesitas illustreert perfect deze verantwoordelijkheid van de burger: een kind dat op jonge leeftijd door inactiviteit en slecht aangepaste voeding langzaam een risico op obesitas ontwikkelt, zal op termijn een directe invloed hebben op de gezondheidskosten en op het gezondheidssysteem. Een ander voorbeeld: het in het verleden zeer hoge percentage rokers in België waardoor we ons in het Europese koppeloton bevinden wat betreft longkanker.

- Vervolgens wordt de burger patiënt, meestal voor consultaties of voor kleinere ingrepen, en dit gedurende zijn ganse leven. Daarna, zien we in talrijke gevallen dat hij een korte periode meemaakt met een hoge concentratie van de uitgaven. Deze concentratie van de uitgaven gedurende een korte periode van het leven is een eerste belangrijk element dat we moeten onthouden. Het tweede essentiële te onthouden element is de overheersende positie van enkele boven de andere uitstekende ziekten. (cf. 1.5. chronische ziekten).

### **1.1.5 De weerhouden benadering**

Zoals in de vorige punten beschreven, moet er met talrijke nieuwe dimensies rekening gehouden worden. Nochtans beperken de op vandaag beschikbare cijfers en gegevens zich vaak tot de traditionele benadering van de Gezondheidszorg.

Het eerste deel van dit rapport zal zich, bij gebrek aan cijfermateriaal over de overige elementen van de Gezondheid, in hoofdzaak richten op de klassieke benadering van de gezondheidszorg. Het tweede deel van het rapport zal echter alle nieuwe concepten integreren in een prospectieve visie.

## 1.2 De actoren van het gezondheidssysteem

### 1.2.1 De basisactiviteiten

Ongeveer **400.000 personen** zijn actief in de basisactiviteiten. Dit cijfer is het resultaat van een onderzoek dat we uitgevoerd hebben bij de verschillende actoren: voor sommigen zijn de gegevens moeilijk te achterhalen en daardoor waren persoonlijke contacten en talrijke telefonische oproepen noodzakelijk.

Onder 'basisactiviteiten' verstaan we het personeel dat door de overheid tewerkgesteld wordt, de ziekenfondsen en de privé-verzekeraars, de farmaceutische industrie en de industrie van medische hulpmiddelen alsook de zorgverleners.

Deze 400.000 personen kunnen als volgt onderverdeeld worden:

#### 1.2.1.1 De overheid « public authorities »

De overheid omkadert het gezondheidssysteem en beïnvloedt de handelwijze van de verschillende actoren op verschillende niveaus met een totaal van bijna 5000 personen.

<b>Instelling</b>	<b>Aantal</b>
RIZIV	1306
FOD Sociale Zekerheid	1387
FOD Volksgezondheid	1306
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid?	502
KCE	45
De Franse Gemeenschap	83
Het Waals gewest (Directoraat-Generaal sociale actie en gezondheid)	NG
De Duitstalige Gemeenschap	NG
De Vlaamse gemeenschap	200

### 1.2.1.2 De ziekenfondsen en de privé-verzekeraars « payors »

Men is verplicht aan te sluiten bij een ziekenfonds, maar men kan vrij kiezen bij welk. De ziekenfondsen zijn historisch gegroepeerd in vijf grote associaties: de christelijke, de liberale, de vrije, de neutrale en de socialistische. De markt is door de wet vergrendeld voor nieuwkomers.

Volgens onze schatting tellen de ziekenfondsen zowat 20.000 medewerkers. We moeten voorzichtig omgaan met deze cijfers, want ze zijn afkomstig uit verschillende bronnen en kunnen variëren al naar gelang het feit of we de satelietvzw's hierin opnemen of niet. <sup>5</sup>

<b>Instelling</b>	<b>Aantal</b>
Christelijke Ziekenfondsen	6514
Neutrale Ziekenfondsen	600
Liberale Ziekenfondsen	109
Socialistische Ziekenfondsen ( inclusief alle aanverwante VZW's)	11300
Vrije Ziekenfondsen	2864

Met uitzondering van DKV dat 380 personen tewerkstelt <sup>6</sup>, hebben de overige privé-verzekeraars ons niet op duidelijke wijze kunnen meedelen hoeveel mensen tewerkgesteld zijn in de gezondheidszorg. We maken een zeer minimalistische schatting van 500 medewerkers.

### 1.2.1.3 De farmaceutische industrie en de industrie van medische hulpmiddelen

De Belgische farmaceutische industrie stelt bijna 30.000 en de industrie van de medische hulpmiddelen meer dan 5.000 mensen tewerk:

<b>Sector</b>	<b>Aantal</b>
Farmaceutische industrie <sup>7</sup>	28605
Medische hulpmiddelen <sup>8</sup>	5500

<sup>5</sup> Enquête Itinera

<sup>6</sup> Jaarrapport DKV 2006

<sup>7</sup> Pharma.be

<sup>8</sup> Eucomed.be



Indien we een internationale vergelijking maken met de totale tewerkstelling, merken we dat de werkgelegenheid die door de farmaceutische industrie gegenereerd wordt veel hoger ligt dan in de andere landen waarvan de OESO over deze gegevens beschikt:

Land	% van de totale tewerkstelling	aantal werknemers
België	0,67	28 605
Denemarken	0,5	13 000
Frankrijk	0,3	74 000
Noorwegen	0,16	4 000
Verenigd Koninkrijk	0,24	65 000
USA	0,19	269 000

Bron: OESO – Health Data 2007

#### 1.2.1.4 De zorgverleners « providers »

- De grootste groep, bijna 335.000 personen, bestaat uit zorgverleners.<sup>9</sup>
- Het medisch korps, met 38.828 algemeen geneeskundigen en specialisten, maakt slechts 12% van die 335.000 personen uit. Dit cijfer behelst zowel de artsen die binnen als buiten het ziekenhuis actief zijn: 18.027 algemeen geneeskundigen en 20.801 geneesheer-specialisten.
- 127.846 zorgverleners werken buiten de ziekenhuizen:<sup>10</sup>

Type zorgverlener	Aantal
Tandartsen, 2005	8655
Apothekers buiten het ziekenhuis	11544
Kinesitherapeuten buiten het ziekenhuis	20261
Verpleegsters en vroedvrouwen buiten het ziekenhuis	69832
Opticiens	3255
Orthopedisten	454
Bandagisten	7786
Verstrekkers van implantaten	906
Logopedisten buiten het ziekenhuis	3561
Audiologen	1107

<sup>9</sup> Jaarverslag RIZIV, 2006

<sup>10</sup> Jaarverslag RIZIV, 2006

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Diëtisten buiten het ziekenhuis	151
Podologen	239
Orthopedisten	94

- 167.865 personen, exclusief de artsen, werken in het ziekenhuis: <sup>11</sup>
  - 26 684 personen staan in voor directie- en administratieve functies in het ziekenhuis (boekhouding, secretariaat, beleid, ...).
  - 28.550 personen zijn actief in de schoonmaak en het onderhoud van de ziekenhuizen.
  - 92.032 personen verstrekken zorgen aan de patiënten in de ziekenhuizen (gegradueerde verpleegsters, gebrevetteerde verpleegsters, ziekenhuisassistenten,... ).
- 16 748 personen staan in voor de paramedische omkadering in het ziekenhuis ( laboratoriumtechnici, diëtisten, kines ,...).
- En ten slotte vervolledigen 3851 wetenschappelijke kaderleden (apothekers, biochemisten, psychologen, ...) de omkadering in het ziekenhuis.

### **1.2.2 De andere activiteiten**

Bij deze 400.000 personen zijn niet inbegrepen:

- De bedrijven, andere dan de farmaceutische industrie en de industrie van medische hulpmiddelen, die aan het gezondheidssysteem goederen en diensten leveren en die van zeer uiteenlopende aard zijn:
  - De informaticabedrijven
  - De landbouw en voedingsindustrie en -distributie
  - De interim-bedrijven

<sup>11</sup> FOD Volksgezondheid, 2005

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- De bank- en verzekeringssector
- De telecommunicatiebedrijven
- De sector van de openbare werken of van het onderhoud van gebouwen...
- De ondernemingen of de verenigingen die activiteiten uitoefenen die een directe invloed hebben op de gezondheid van de burgers/patiënten zoals:
  - De fitnesszalen
  - De sportclubs
  - De zeer diverse zorgen en activiteiten betreffende lichaamsverzorging en welzijn: balneotherapie, hydrotherapie, relaxatie, ...
- Allerlei verenigingen die actief zijn in de wereld van de gezondheid, bijvoorbeeld in het kader van de preventie, van de strijd tegen een bepaalde ziekte ( voorbeeld: Belgische Stichting Tegen Kanker) of van de belangenverdediging van zorgverleners (voorbeeld: ziekenhuisfederaties...)
- De vrijwilligers die actief zijn in de gezondheidssector (10716 personen in 2006) <sup>12</sup>

De recente terugbetaling door de ziekenfondsen van een deel van de abonnementskosten van sportclubs toont de noodzaak aan al deze nieuwe componenten te integreren in onze globale benadering.

### **1.2.3 Een belangrijke vergelijking**

Als we ons beperken tot de basisactiviteiten, stelt de Gezondheid met 400.000 personen, 9,38% van de actieve bevolking tewerk. Dit is iets meer dan het onderwijs met 372.092 personen of 8,73 % van de actieve bevolking.<sup>13</sup>

Ter vergelijking<sup>14</sup>: dit betekent dubbel zoveel banen als in de bouwsector (197.000 betrekkingen ) en 2/3 van de banen in de industrie ( 600.000 personen ).

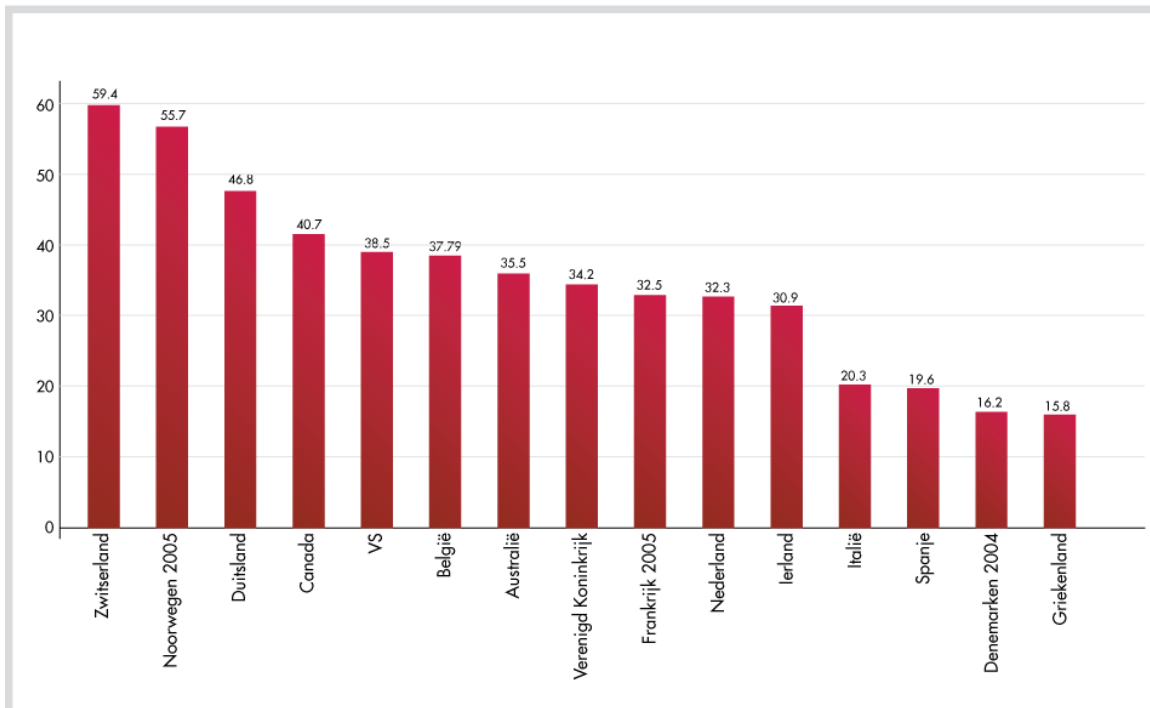
<sup>12</sup> Confederatie van de social profit ondernemingen

<sup>13</sup> RSZ – bezoldigde banen 1<sup>ste</sup> trimester 2007

Indien we een internationale vergelijking<sup>15</sup> van de tewerkstelling in de Gezondheidssector in verhouding tot de bevolking maken, dan merken we dat België:

- o zich situeert in de buurt van het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Frankrijk en Nederland
- o beduidend lager scoort dan Duitsland, Zwitserland en Noorwegen
- o beduidend hoger scoort dan Griekenland, Italië, Denemarken en Spanje

## WERKGELEGENHEID IN DE GEZONDHEIDSECTOR PER 1000 INWONERS



Tewerkstelling in de gezondheidssector per 1000 inwoners (2005)

Bron: OESO Health Data 2007, Cijfers van 2006 + bronnen Itinera voor België

<sup>14</sup> Belgostat 2006

## **1.3 De organisatie van het Gezondheidssysteem**

### **1.3.1 De drie machtsniveaus**

#### **1.3.1.1 Het federale niveau**

De federale overheid heeft als belangrijkste taken het algemeen wettelijk kader en het gezondheidsbudget te bepalen.

De minister die bevoegd is voor de gezondheid, is de **minister van sociale zaken en volksgezondheid**.

De voornaamste federale bevoegdheden zijn dus:

- Het beleid van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze maakt deel uit van het sociale zekerheidssysteem en wordt dus beheerd door de federale regering.
- De ziekenhuiswet: accreditatie, financiering en planning van de ziekenhuizen.
- De wetgeving betreffende de beroepskwalificaties (loonakkoorden, arbeidsomstandigheden, registratie en prijsbepaling van geneesmiddelen, ...).
- Het bepalen van het algemene budget voor gezondheidszorg
- De controle en de planning van de technologieën die met gezondheid te maken hebben.

Het is de federale regering die het bedrag bepaalt van de sociale bijdragen en van de overheidssubsidies die aan de gezondheidssector verleend wordt.

*Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming*

De minister van sociale zaken en volksgezondheid heeft twee federale openbare diensten onder zijn directe bevoegdheid: de FOD volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu en de FOD sociale zekerheid.

De **FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu** is verantwoordelijk voor de planning, de accreditatie en de financiering van de zorginstellingen (hospitelen, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische ziekenhuizen, ...).

De **FOD Sociale zekerheid** heeft de supervisie op de RSZ (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid) en het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering).

De **RSZ** is de organisatie die belast is met het innen van de sociale bijdragen (werkgevers en werknemers) en met de herverdeling van deze inkomsten onder de centrale organismen die als taak hebben de sectoren van de sociale zekerheid op nationaal vlak te beheren. Het bedrag van die bijdragen wordt bepaald door de federale regering. De Belgische sociale zekerheid telt zeven branches: de rust- en overlevingspensioenen, de werkloosheid, de arbeidsongevallenverzekering, de verzekering tegen beroepsziekten, de gezinsbijslagen, de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de jaarlijkse vakantie. Het geheel van dit systeem wordt onderverdeeld in twee stelsels: een stelsel voor de werknemers en een stelsel voor de zelfstandigen.

Het **RIZIV** is de instelling die verantwoordelijk is voor de organisatie en het financieel beheer van het systeem van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het RIZIV heeft als taak de wetgeving voor te bereiden en te implementeren, het overleg tussen de verschillende actoren in de gezondheidssector te regelen en het Belgische gezondheidsbudget voor te bereiden. Het RIZIV verdeelt eveneens haar ontvangsten over de verschillende ziekenfondsen.

Het RIZIV heeft de supervisie over de algemene organisatie van de verplichte ziekteverzekering, maar het in de praktijk uitvoeren van deze verzekering ligt bij de **ziekenfondsen**.

## **1. Het regionale en het communautaire niveau**

In België zijn de **Gemeenschappen** traditioneel bevoegd voor de persoonsgebonden materies, dit wil zeggen de materies die een direct verband hebben met de individuen. Ze zijn namelijk verantwoordelijk voor:

- het preventiebeleid (behalve enkele grote nationale campagnes) en de gezondheidspromotie
- de naleving van de ziekenhuisnormen
- de accreditatie van de ziekenhuisbedden en van het medisch materiaal
- de werkingsvergunning van de ziekenhuizen
- de renovatie- en verbouwingswerken van de ziekenhuizen
- de vergunning en de accreditatie voor thuisverzorging.

### **1.3.1.2 Het provinciaal en gemeentelijk niveau**

De bevoegdheden van de provincies en gemeenten zijn eerder beperkt. De **provincies** zijn bevoegd voor de openbare hygiëne en voor de controle van de authenticiteit van de diploma's van de zorgverleners. De **gemeenten** zijn belast met de organisatie van de hulp aan personen met een laag inkomen en met de organisatie van de spoedgevallenzorg en van de openbare ziekenhuizen.

### **1.3.2 De bijzonderheden van het Belgische gezondheidssysteem**

De gezondheidssystemen kunnen in drie grote categorieën ingedeeld worden: de op Bismarck geïnspireerde professionele systemen, de op Beveridge geïnspireerde universele systemen en de liberale systemen op zijn Amerikaans. De gezondheidssystemen ontleen meestal elementen aan elk van deze drie

categorieën zodat het onmogelijk is om hen exclusief onder het ene of het andere systeem onder te brengen.

Het verschil tussen het liberale systeem op zijn Amerikaans en de twee andere systemen is vrij fundamenteel. In het eerste systeem worden de individuen beschermd tegen de risico's die hun gezondheid bedreigen door vrijwillige en private verzekeringen waarvan de premies gebaseerd zijn op de risico's die aan ieder individu apart verbonden zijn.<sup>16</sup> In de systemen die geïnspireerd zijn op Bismarck en Beveridge, is de verzekering voor geneeskundige verzorging echter verplicht en gebaseerd op solidariteitsprincipes.

Het Beveridgeaans gezondheidssysteem dateert van het midden van de 20<sup>ste</sup> eeuw. De drie basisprincipes zijn de universaliteit (de hulp wordt aan elke burger verleend), de eenheid (het systeem wordt beheerd door een enkele administratie) en de uniformiteit (de hulp wordt verleend in functie van de behoeften van de rechthebbenden, ongeacht hun inkomsten). De financiering van de op Beveridge geïnspireerde systemen is gebaseerd op de belastingen, ook al is het niet uitgesloten dat de rechthebbenden een deel van de medische kosten voor hun rekening nemen. Het grootste deel van de zorgproductie wordt georganiseerd door de overheid, maar de privésector kan aan de patiënten diensten voorstellen die niet aangeboden worden door de overheidsdiensten. Dit systeem wordt toegepast in het Verenigd Koninkrijk, Italië, Spanje en de Scandinavische landen.

Het Bismarckiaanse gezondheidssysteem vindt zijn oorsprong aan het einde van de 19<sup>de</sup> eeuw in Duitsland. Dit systeem is gebaseerd op de beroepsactiviteit van de individuen. De inkomsten komen voort uit sociale bijdragen die gebaseerd zijn op de lonen en die betaald worden door de werkgevers en de werknemers. Logischerwijs zijn het dus de vertegenwoordigers van de werknemers en van de werkgevers die een systeem beheren dat gebaseerd is op een contractuele wijze van beslissing, waarbij de Staat de opdracht heeft het kader waarbinnen zij handelen vast te leggen, corrigerende maatregelen op te leggen in geval van een deficit en het aandeel van zij die zich buiten het arbeidscircuit bevinden te

---

<sup>16</sup> We moeten echter opmerken dat bepaalde gezondheidsverzekeringen in de Verenigde Staten collectief gefinancierd worden. Ze dekken echter slechts een deel van de bevolking: de individuen met een laag inkomen (via het programma «Medicaid »), gehandicapten, mensen die leiden aan permanente nierinsufficiëntie en de personen ouder dan 65 jaar (via het programma « Medicare »).



***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

financieren. De zorgproductie is meestal vrij (de hulpverleners zijn meestal zelfstandigen en ze worden betaald per prestatie). Het Belgische gezondheidssysteem is, net als het Duitse, het Franse, het Nederlandse en het Oostenrijkse gebaseerd op door Bismarck geïnspireerde principes.

Ten slotte, bestaat er in bepaalde landen (Griekenland, Portugal) een combinatie van een nationaal ziekteverzekeringssysteem met verschillende systemen van professionele sociale verzekeringen. Deze landen situeren zich dus tussen de gezondheidssystemen van Beveridge en van Bismarck.

De onderstaande tabel vat de voornaamste verschillen tussen de Beveridgeaanse en de Bismarckiaanse systemen samen. De manier waarop de financiering en de organisatie van de zorg gebeurt, is voor die twee grote categorieën van gezondheidssystemen uiteenlopend, maar toch hebben ze een gemeenschappelijk principe: om de solidariteit tussen de individuen te bewaren, laten ze de gezondheidszorgverzekering niet over aan de privé-verzekering. De sociale verzekeringssystemen berusten namelijk op een dubbel idee:

1. de inhoudingen (belastingen of sociale bijdragen) variëren progressief in functie van het inkomen en bijgevolg hangt de bijdrage van elkeen aan het systeem af van zijn betalingscapaciteit (verticaal billijkheidsprincipe);
2. de verleende zorgen hangen niet af van de financiële bijdrage, maar van de gezondheidsbehoeften van eenieder (horizontaal billijkheidsprincipe).

	<b>Sociale verzekering (Bismarck)</b>	<b>Universele verzekering (Beveridge)</b>
<b>Financiering</b>	Sociale bijdragen	Belastingen
<b>Gedekte bevolking</b>	De werknemers en hun rechthebbenden	Het geheel van de bevolking
<b>Beheer</b>	Privé, gedecentraliseerd	Overheid, gecentraliseerd
<b>Rechten van de begunstigden</b>	Gediferencieerd	Uniform
<b>Zorgproductie</b>	Privé	Openbaar

De basis van het Belgische gezondheidssysteem berust op het principe van de sociale verzekering volgens Bismarck. Vanaf het einde van de 19<sup>de</sup> eeuw boden de ziekenfondsen - onderlinge verzekeringsverenigingen van privé-oorsprong - aan

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

de arbeiders de mogelijkheid om zich te verzekeren tegen ziekterisico's. Destijds was deze verzekering vrij en de ziekenfondsen ontvingen, bovenop de bijdragen die de werknemers betaalden, eveneens een betoelaging van de Staat. Tijdens de 20<sup>ste</sup> eeuw breidt het terrein van de ziekteverzekering sterk uit, met name een toename van de verzekerde diensten en van het aantal rechthebbenden. Het is het sociaal pact, dat tussen de vakbonden en de vertegenwoordigers van de werkgevers gesloten is en dat in 1944 aan de oorsprong lag van een ontwerp van sociaal solidariteitsakkoord, dat - door het invoeren van een Bismarckiaans model - de lijnen van de sociale zekerheid, zoals we ze nu kennen, uitgezet heeft. Deze akkoorden hebben namelijk het beheer van het systeem door middel van paritaire onderhandelingen tussen de vakbonden en de vertegenwoordigers van de werkgevers ingevoerd. Ze hebben ook de verzekeringsplicht ingevoerd en een gecentraliseerde structuur gecreëerd (de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid) die belast is met het heffen van bijdragen, betaald door de actoren van de arbeidswereld. In 1963 kent de verplichte ziekteverzekering een ander beslissend moment, namelijk de oprichting van het Rijksinstituut voor Zieke- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Sindsdien, worden binnen het RIZIV de honoraria onderhandeld tussen de ziekenfondsen en de verschillende categorieën zorgverleners.

De recente hervormingen van het Belgische gezondheidssysteem worden evenwel gekenmerkt door een toenemende tussenkomst van de Staat. Dit is namelijk het geval sinds 1995, met de hervorming die bepaalt dat de Staat een globaal budget voor de ziekteverzekering vastlegt. Het deel van de financiering van de gezondheidszorg gebaseerd op de sociale bijdragen is echter gedaald. Men stelt deze tendens ook vast in andere landen met een Bismarckiaans systeem (bijvoorbeeld Frankrijk en Nederland). De hoofdreden voor het beperken van de financiering van de gezondheidszorg door middel van sociale bijdragen is te vermijden dat deze te zwaar gaan wegen op de loonkosten (waar ze een directe invloed op hebben). Overigens is er ook een zekere logica die eruit bestaat enkel de sociale uitkeringen, die direct met de arbeidswereld te maken hebben (werkloosheidsuitkeringen en pensioenen), te financieren door middel van sociale bijdragen die op arbeid geheven worden. De overige sociale uitkeringen (gezondheidszorg, kinderbijslag) worden dan gefinancierd vanuit de algemene belastingen.

De sociale geschiedenis van elk van de Europese landen verklaart de grote verscheidenheid aan gezondheidssystemen. In België is het gezondheidssysteem beïnvloed door de mutualistische geschiedenis. Een van de bijzonderheden van het Belgische systeem is dat de verzekeringsorganismen zich van elkaar onderscheiden door hun ideologische inslag (katholiek, socialistisch, liberaal). Diezelfde dualiteit vindt men terug bij de openbare- en de privé-ziekenhuizen. Deze bijzonderheid verklaart de grote verschillen in sociale herkomst tussen de leden van de verschillende ziekenfondsen en tussen de patiënten van de verschillende ziekenhuizen. De uitgaven van de verschillende instellingen worden daardoor beïnvloed, en dat maakt het des te ingewikkelder om de in Europa algemeen geldende prospectieve financiering van de instellingen te bewerkstelligen. Dit punt wordt nader toegelicht in het hoofdstuk dat gaat over de financiële responsabilisering van de actoren van het systeem (deel 4.2.). Het volgende deel beschrijft de financieringswijze van de verzekeringsinstellingen, artsen en ziekenhuizen. Ze toont de invloed van het Bismarckiaans model op de financieringswijze in België en het verschil dat bestaat met de landen waarvan de organisatie gebaseerd is op het model van Beveridge.

### **1.3.3 Het financieringssysteem**

#### **De financiering van de zorgverleners en van de ziekenfondsen**

Wanneer de RSZ de sociale bijdragen en de inkomsten uit de belastingen (Staatssubsidies en alternatieve financiering) geïnd heeft, dan worden ze herverdeeld onder de verschillende afdelingen van de sociale zekerheid. Het is het RIZIV - dat naast haar bevoegdheid voor het beheer van de zorgverlening ook verantwoordelijk is voor het beheer van de invaliditeit - dat het grootste deel van dit bedrag int (35,5% voor de gezondheidszorg in 2006; zie deel 3.1.3.). Het RIZIV wordt gezamenlijk beheerd door de vakbonden, de vertegenwoordigers van de werkgevers, de vertegenwoordigers van de zorgverleners en de ziekenfondsen. Het budget van het RIZIV is, sinds 2003, onderworpen aan een groeinorm van 4,5% in reële termen. Vanuit dit globaal budget dat aan de gezondheidszorgverzekering toegekend wordt, worden deelbudgetten per specialiteit bepaald: ambulante zorgen, ziekenhuiszorg, farmaceutische producten, tandverzorging, ... De ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de zorgverleners bepalen dan de bedragen van de honoraria voor elke medische

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

prestatie. Die bedragen vormen de basis van de terugbetalingen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Niet onbelangrijk is dat dit proces eigen is aan de landen waarvan de gezondheidssystemen op Bismarck geïnspireerd zijn.

Het zijn de ziekenfondsen die belast zijn met de financiering van het grootste deel van de zorgen (het saldo wordt betaald door de patiënt). Daarom krijgen zij van het RIZIV een zowel retrospectief als prospectief budget. Sinds 1995 krijgt ieder ziekenfonds namelijk een theoretisch bedrag dat moet overeenstemmen met de verwachte uitgaven van haar leden. De financiering die effectief aan de ziekenfondsen wordt toegekend wordt dan berekend door middel van een gewogen gemiddelde van dit theoretisch bedrag en de reëel gemaakte uitgaven volgens een 40%-60% verdeelsleutel. Ieder ziekenfonds is financieel verantwoordelijk voor 25% van het verschil (overschot of tekort) tussen de financiering die haar toebedeeld is en de reëel gemaakte uitgaven. Ten slotte, om te vermijden dat de ziekenfondsen zouden gestraft worden voor een te lage inschatting van hun globaal budget, wordt het tekort waarvoor ze verantwoordelijk zijn geplafonneerd op 2% van hun globaal budget. Deze financieringswijze van de verzekeringsinstellingen is niet uniek in Europa: we vinden dit eveneens terug in andere landen (Nederland, Duitsland, Zwitserland en Israël) waar deze instellingen als concurrenten worden uitgespeeld en waar de regeringen vermijden hen een puur retrospectief budget toe te kennen om hen ertoe aan te zetten de kosten van hun leden te controleren. In elk van deze landen heeft men gekozen voor deze financieringswijze om de vrije keuze van verzekeringsinstelling door het individu te combineren met het behoud van het solidariteitsprincipe.

De artsen, of het nu gaat over ambulante zorgen of over ziekenhuiszorg, worden via de ziekteverzekering betaald per prestatie. Dit is niet in alle landen het geval. Artsen kunnen ook loontrekkend zijn of een vast bedrag per patiënt en per jaar ontvangen ("capitatie"). In onderstaande tabel vindt u de betalingswijze van de huisartsen en van de specialisten in verschillende Europese landen <sup>17</sup>: honoraria, lonen of een vast bedrag per patiënt en per jaar ("capitatie").

---

<sup>17</sup> Alleen de voldoende vertegenwoordigde betalingswijzen zijn in deze tabel opgenomen. Zo zijn sommige artsen in België loontrekkend of worden ze forfaitair betaald (capitatie) (in de medische huizen). Ze zijn echter te weinig talrijk om ze in deze tabel op te nemen.

Land	Huisartsen	Specialisten	Land	Huisartsen	Specialisten
Duitsland	H	L/H	Ierland	C/H	L
Oostenrijk	L/CH/H	L/CH/H	Italië	CH	L
België	H	H	Luxemburg	H	H
Denemarken	CH	L/H	Noorwegen	L/CH	L/LH
Spanje	L/C/LC	L	Nederland	CH/H	L/H
Finland	L	L	Portugal	L/H	L/H
Frankrijk	L/CH/H	L/H	Verenigd Koninkrijk	CH	L
Griekenland	L/H/CH	L/H	Zweden	L/CH/H	L/LH/H

H: Honoraria; L: Lonen ; C: Capitatie;

Twee opeenvolgende letters wijzen op systemen met een gemengd betalingssysteem

Twee letters door een / gescheiden wijzen op zorgverleners die tot verschillende structuren behoren

(ambulant, openbaar ziekenhuis, privé-ziekenhuis, medisch huis) worden anders verloond

Bron: Esmail and Walker. How good is Canadian Health Care? 2007 Report

De in de ziekenhuizen uitgevoerde medische behandelingen worden - net als de ambulante zorgen - per prestatie vergoed. De kost van de gemeenschappelijke diensten (hoteldiensten, onderhoud, administratie, ...) en van de klinische diensten (verplegend personeel, medisch materieel,...) werd echter tot in de jaren tachtig op een retrospectieve basis gefinancierd door middel van een prijs die men ontving per dag hospitalisatie. Een dergelijk systeem zette de ziekenhuizen er toe aan de verblijfsduur te verlengen. Sinds 1982 heeft men geleidelijk aan een prospectief financieringssysteem geïntroduceerd. Tegenwoordig is de financiering van de gemeenschappelijke en van de klinische diensten zo georganiseerd, dat ze terzelfdertijd gebaseerd is op de behoeften en op de relatieve prestaties van de ziekenhuizen. De behoeften worden geraamd door middel van de verschillende soorten behandelde patiënten, waarbij elke patiënt, naargelang zijn kenmerken (leeftijd, ernst van de aandoening, sociale criteria,...) in een medisch gezien homogene groep geklasseerd wordt. Er wordt rekening gehouden met de structuur en met het aantal opnames om het ziekenhuis een aantal zogenaamd "gerechtvaardigde" dagen toe te kennen (dit komt overeen met de gemiddelde nationale duur voor de homogene groep waarin de patiënt ingedeeld wordt. De dagen te veel in verhouding tot de gerechtvaardigde dagen worden slechts gedeeltelijk terugbetaald en de niet verstrekte bedragen worden toegekend aan de ziekenhuizen die onder het quotum van het hen toegekend aantal dagen gebleven zijn. Het systeem zet de ziekenhuizen er dus toe aan de verblijfsduur zo veel mogelijk te beperken.

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

37

**CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM**

Sinds de jaren tachtig, is de idee om de financiering van de ziekenhuizen te koppelen aan de structuur van de pathologieën waarmee ze te maken hebben en aan de socio-economische kenmerken van de patiënten gemeenschappelijk aan het geheel van Europese landen. Dit geldt eveneens voor de hervormingsgolven die uitgewerkt zijn om de kosten van de gezondheidssystemen in te perken. Vanuit dit standpunt, volgt België dus de Europese tendens. We merken ook op dat, - net zoals in Frankrijk en in Duitsland, - de openbare- en de privé-ziekenhuizen op identieke wijze gefinancierd worden en dat ze, in België, dezelfde basisfuncties vervullen. De privé-ziekenhuizen vervullen geen aanvullende rol zoals dit in het Verenigd Koninkrijk het geval is.

#### **1.3.4 Het gewicht van de lobbies en van de belangengroepen**

Ten slotte, om deze 'tour d'horizon' van de hoofdrolspelers in de Gezondheidssector te beëindigen, zijn we verplicht een apart hoofdstukje te wijden aan de belangengroepen die de verschillende hierboven beschreven actoren vertegenwoordigen.

In België spelen de belangengroepen een aanzienlijke rol in alle discussies, reglementeringen en aanwending van de budgetten, en dit zowel op federaal als op regionaal vlak. Alle genomen beslissingen worden inderdaad ter goedkeuring voorgelegd aan instanties waarin deze belangengroepen vertegenwoordigd zijn.

Deze groepen zijn zeer vaak opgesplitst naar politieke kleur en regio van afkomst.

Hun gewicht en hun relatieve macht beïnvloeden rechtstreeks de beslissingen en de aanwending van de budgetten. Zo heeft de traditioneel sterk vertegenwoordigde ziekenhuislobby sterk gewogen op de geschiedenis en de ontwikkeling van het Belgisch gezondheidssysteem. Zonder volledig te zijn, vinden we volgende belangengroepen terug:

- De verenigingen van ziekenhuizen en van rusthuizen
- Verenigingen van artsen, verpleegkundigen, apothekers, tandartsen, kinesitherapeuten

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

- De farmaceutische industrie
- Het Verbond van Belgische Ondernemingen
- De Confederatie van de Social Profit Ondernemingen
- De ziekenfondsorganisaties

## **1.4 De evolutie van het gezondheidsbeleid**

### **1.4.1 De eerste golf: de twintig jaar “zorgeloze groei van de zorg” 1963-1982**

Gedurende de jaren '60 en tot het begin van de jaren '80, was de hoofddoelstelling van het gezondheidsbeleid de maximalisatie van de kwaliteit zonder de druk van beperkte middelen. Dit beleid is mogelijk gemaakt door de periode van economische bloei en het klimaat van vertrouwen die deze periode kenmerken. Het Belgisch gezondheidssysteem beleeft dan de jaren die we kunnen bestempelen als de “zorgeloze groei van de zorg”.

Deze maximalisatie van de kwaliteit zonder beperking van de middelen heeft zich geuit in een grote toename van de kosten van het gezondheidssysteem die te wijten is aan vier grote factoren:

- een verhoging van de vraag die het gevolg is van de veralgemening van het systeem van de verplichte verzekering en van de kosteloosheid van de ziekenhuiszorgen voor alle burgers. Hoewel het systeem van de verplichte verzekering dateert van 1945, heeft de grootste wijziging zich pas voorgedaan bij de invoering van de wet van 9 augustus 1963 die de dekking van de gezondheidsverzekering uitbreidt en tegelijkertijd de vrije keuze van arts en van ziekenhuis, de betaling per prestatie en de onafhankelijke medische praktijk garandeert. Er worden nieuwe

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

categorieën rechthebbenden met voorkeurtarieven voor terugbetaling gecreëerd: weduwen, wezen, gepensioneerden en invaliden. De wet van december 1963 voert ook het principe van gratis ziekenhuiszorgen voor alle burgers in.

- een verhoging van het aanbod dat, onder andere, te wijten is aan de zeer grote toename van het aantal ziekenhuisbedden en aan het bouwen van talrijke ziekenhuiscomplexen.
- een kwalitatieve en kwantitatieve verhoging van de input in de sector (menselijke middelen, geneesmiddelen).
- een retrospectief terugbetalingsstelsel dat erin bestaat de ziekenhuizen terug te betalen op basis van de reëel gemaakte kosten. De wet van 1963 voorzorg in principe een uniforme verpleegdagprijs voor alle ziekenhuizen, maar in haar artikel 9 voorzorg die wet voor de beheerder de mogelijkheid om een beroep in te stellen indien dit bedrag onvoldoende bleek te zijn. Deze uitzonderingsprocedure wordt al heel snel de regel en doet aldus de verpleegdagprijs en het aantal dagen exploderen. De ziekenhuizen verlengen de verblijfsduur en onderhandelen de verhoging van de verpleegdagprijs met het Ministerie van Gezondheid.

**1.4.2 De tweede golf: de vijftientig "budgettaire" jaren: 1982-2007**

***De periode tussen 1982 en 2007 wordt gekenmerkt door twee grote principes: de begrotingscontrole en de financiële responsabilisering:***

In het begin van de jaren '80, met de opkomst van de werkloosheid, de vertraging van de groei en de gevolgen van de twee oliecrisis van de jaren '70, verandert het hoofddoel dat de overheid zich stelt inzake gezondheid. Terwijl het beleid zich vroeger concentreerde op de uitbreiding van de geboden diensten en zorgen, ligt het accent nu op de kostenbeheersing. Dit betekent helemaal niet dat men tijdens deze tweede periode de doelstellingen die men in het verleden nastreefde verwaarloost, maar men koppelt er nu een bijkomende overweging aan vast: de eenvoudige uitbreiding van de middelen volstaat niet langer om het

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***



geheel van de traditionele doelstellingen te bereiken. Het doel om de kwaliteit aan gelijk welke prijs te maximaliseren die in de “zorgeloze groei van de zorg” periode moet plaats ruimen voor een nieuwe doelstelling: de maximalisatie van de kwaliteit onder druk van een zekere beperking van de middelen.

**Tijdens deze tweede golf, die gekenmerkt wordt door begrotingscontrole en financiële responsabilisering, kunnen we drie periodes onderscheiden:**

#### **1.4.2.1 De jaren '80 – de jaren van de ziekenhuizen**

**De eerste doorgevoerde hervormingen raken vooral de ziekenhuissector met van 1982 tot 1986:**

- De beperking van het aantal hospitalisatiedagen door het blokkeren van het aantal bedden en het invoeren van een quotasysteem waardoor er een afname van verpleegdagen tegenover 1980 ingevoerd wordt.
- De begrenzing van de ligdagprijs door het inperken van het aantal herzienbare elementen en de reactualisatie van de dagprijs door een vergelijkingsmechanisme tussen de ziekenhuizen voor de financiering van de gemeenschappelijke diensten ( wasserij, verwarming, voeding ... ) en de klinische diensten ( verzorgingspersoneel ten laste van de ligdagprijs). In navolging van de systemen die in de USA (Diagnosis Related Groups) en in Canada gebruikt worden voor de verpleegkundige werklust worden de begrippen MKG (Minimale Klinische Gegevens) en MVG (Minimale Verpleegkundige Gegevens) geïntroduceerd.
- Het omzetten van acute en chronische bedden in geriatrische bedden in de ziekenhuizen en in rust- en verzorgingstehuisbedden.
- Een belangrijke hervorming van de psychiatrie in 1990 die de alternatieven boven de traditionele hospitalisatie verkiest.
- In 1989 werd de financiering van de klinisch biologische testen en van de medische beeldvorming herzien.

Deze belangrijke hervormingsperiode, die ongetwijfeld vooral voor de ziekenhuizen ingrijpend was, zal gevolgen hebben op het volledige daaropvolgend decennium door het progressief invoeren van vergelijkingsmechanismen. Ze zal gevolgd worden door een belangrijke hervorming in 2002 met ziekenhuisbudgetten die gebaseerd zijn op de verantwoorde activiteiten van de ziekenhuizen en die op maandbasis betaald worden, met het opnemen van de daghospitalisatie in het budget, met de toekenning van een specifiek budget voor de universitaire ziekenhuizen, en met het opnemen van referentiebedragen voor de chirurgische procedures.

#### **1.4.2.2 De jaren '90: de jaren van de ziekenfondsen en van het RIZIV**

#### **Van bij het begin van de jaren '90 hebben de volgende hervormingen betrekking op de ziekenfondsen en op het RIZIV**

- In 1990, wordt samen met een bevestiging van hun rol als beheerder van het systeem een scherpere controle van de ziekenfondsen ingevoerd. De wet voorziet dan <sup>18</sup> een vast budget voor elke subsector van de gezondheidszorg evenals een globaal budget voor de ziekteverzekering. Er worden correctiemechanismen in het leven geroepen voor het geval deze budgettaire grenzen zouden overschreden worden.
- In 1994, wordt de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen voor de gezondheidsuitgaven ingevoerd. Het begrotingsaandeel van elke verzekeringsinstelling vloeit voort uit de weging van twee verdeelsleutels:
  - De eerste verdeelsleutel bestaat gewoon in het aandeel van de door elke verzekeringsinstelling geboekte uitgaven in de totale jaaruitgaven van het betrokken dienstjaar. Voor wat betreft deze eerste verdeelsleutel, ontvangen de verschillende verzekeringsinstellingen dus hun financiële middelen in verhouding tot de reëel geboekte uitgaven.

---

<sup>18</sup> Health Care Systems in Transition – WHO – Belgium 2000

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- De tweede verdeelsleutel is normatief van aard en wordt geacht een afspiegeling te zijn van de uitgaven van een verzekeringsinstelling in functie van de structuur van haar populatie. Hierbij wordt dus rekening gehouden met de bestaande verschillen tussen de verschillende ziekenfondsen in termen van sociale- en gezondheidsrisico's.

Deze correctie wordt op evolutieve en progressieve wijze in de tijd toegepast. De budgettaire verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen wordt dus toegepast volgens de modaliteiten beschreven in 1.3.3.

- In 1993 komt er een belangrijke hervorming van het RIZIV: een striktere controle van de uitgaven en van de budgettaire procedures en een hervorming van de beheersstructuur. Er wordt eveneens een reeks maatregelen getroffen om de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverstrekkers te verhogen.

**1.4.2.3 De jaren 2000: de jaren van de farma - artsen en van de uitbreiding van de dekking**

De laatste jaren worden vooral gekenmerkt door een aantal drastische maatregelen die te maken hebben met de markt en het voorschrijven van geneesmiddelen, en dit na een eerste belasting op de omzet die reeds in het begin van de jaren '90 aan de farmaceutische industrie opgelegd werd.

- Vanaf 2001: invoering van de referentieprijis voor de generieken, hervorming van de terugbetalingprocedure, invoering van nieuwe regels voor het terugtrekken van producten uit de vergoedbaarheid.
- 2005: invoering van procedures voor openbare aanbestedingen voor bepaalde geneesmiddelen, maatregelen om het voorschrijven van geneesmiddelen te beperken en te controleren.
- 2006: invoering bij de ziekenhuizen van een prospectief terugbetalingsstelsel voor geneesmiddelen.

Gelijktijdig met deze beperkingsmaatregelen op de geneesmiddelenmarkt worden talrijke maatregelen getroffen om de dekking voor bepaalde categorieën van de bevolking te verruimen alsook om de patiëntenrechten beter te definiëren:

- 2001: invoering van de maximumfactuur (MAF), of anders gezegd, een maximumbedrag dat een gezin kan bijdragen en dat berekend is op basis van het sociaal statuut en het inkomen.
- 2002: hervorming van de patiëntenrechten.
- 2007: uitbreiding van het systeem van preferentiële terugbetaling aan personen die zich onder een bepaalde netto inkomengrens bevinden (Omnio).
- 2008: uitbreiding van de dekking kleine risico's tot de zelfstandigen mits een aanpassing van de bijdragen.

Ten slotte, vanaf 2004, wordt een numerus clausus ingesteld voor de geneeskunde. De Numerus Clausus is een beperking van het aantal studenten die de toestemming zullen kunnen krijgen om een praktijk uit te oefenen in het kader van de « ziekte- en invaliditeitsverzekering » (RIZIV) en aldus de terugbetaling van hun prestaties verkrijgen. Het aantal wordt bepaald door de Federale Regering, maar de toepassing (de selectie van de studenten) wordt overgelaten aan de Gemeenschappen.

Als we terugblikken op de laatste 25 jaar, kunnen we dus drie periodes onderscheiden die hervormingen op stapel zetten voor achtereenvolgens de volgende actoren:

1. De ziekenhuizen in de jaren '80
2. De ziekenfondsen en het RIZIV in de jaren '90
3. De geneesmiddelenmarkt, de rechthebbenden op verzorging en de beperking op de zorgverleners in de jaren 2000

Natuurlijk zijn deze maatregelen uiteenlopend, maar ze hebben allemaal twee gemeenschappelijke kenmerken:

- Ze zijn geïnitieerd en opgevat vanuit oorspronkelijk hoofdzakelijk budgettaire overwegingen. Hier en daar treft men natuurlijk ook maatregelen aan die andere aspecten betreffen, maar deze zijn, in vergelijking met de belangrijkste hierboven beschreven maatregelen, eerder marginaal.
- Alle maatregelen worden progressief ingevoerd en zijn gebaseerd op een consensus tussen de middellange en de lange termijn: er wordt aan de actoren van het gezondheidssysteem geen fundamentele, drastische hervormingen van het systeem opgelegd binnen een kort tijdsbestek. We hebben bijvoorbeeld geen radicale sluitingen van ziekenhuizen meegemaakt zoals men dit in Zweden of Canada wel meegemaakt heeft. Het aantal ziekenhuizen is fors gedaald, maar deze daling is gerealiseerd door fusies van de instellingen, zonder opzienbare verdwijningen van ziekenhuizen. Een ander voorbeeld is de hervorming van het statuut van de ziekenhuisarts: de eerste basis werd gelegd in de jaren '80, maar deze werd later niet verder ontwikkeld. Op basis van een reeks gerealiseerde stimulansen moeten we dus eerder van een evolutie zonder revolutie spreken. We herkennen daarin het typisch Belgisch compromis: een consensus bereiken zonder in aanvaring te komen met de verschillende lobbies die binnen alle belangrijke beslissingsorganen actief zijn.

## **1.5 De voornaamste uitdagingen voor de XXIste eeuw**

Er staan ons gezondheidssysteem in de komende decennia nog heel belangrijke uitdagingen te wachten. We hebben het hier over nieuwe uitdagingen aangezien de traditionele uitdagingen van het gezondheidssysteem, zoals het behoud van een voor iedereen toegankelijk en budgettair haalbaar kwaliteitssysteem, van toepassing blijven. Deze nieuwe uitdagingen komen dus bovenop de traditionele uitdagingen van de gezondheidssystemen en kunnen omschreven worden als de belangrijkste uitdagingen voor de XXIste eeuw:

**1.5.1 De evolutie van de levens- en consumptiegewoonten.**

Er wordt nu algemeen erkend dat een verhoogd risico op bijvoorbeeld diabetes, hartziekten en kanker te wijten is aan een onevenwichtige voeding, een sedentaire levensstijl of aan tabaksgebruik. Sensibiliseringscampagnes kunnen doeltreffend zijn. Dit wordt bewezen door de drastische daling van het tabaksgebruik. Maar globaal gezien nemen in onze westerse ontwikkelde economieën de gezondheidsbedreigende levensgewoonten nog toe en ze vormen dus een groot risico voor de toekomst.

De OESO toont duidelijk aan dat de gezondheidsrisicofactoren veranderen. Talrijke OESO-landen hebben gedurende de laatste decennia een opmerkelijke vooruitgang geboekt voor wat betreft de daling van het tabaksgebruik maar toch blijft die een van de hoofdoorzaken van vroegtijdig overlijden. In Australië, Canada, de Verenigde Staten en Zweden is het aantal rokers onder de volwassenen nu tot onder de 20% gedaald. In 1980 bedroeg hun aandeel nog meer dan 32%. In Griekenland treft men het hoogste percentage aan: 35 % in 2000. België, met 20% rokers, bevindt zich op een uitstekende plaats, maar het is echter pas vandaag dat we de gevolgen ondergaan van de 40% rokers uit het verleden...

Tezelfdertijd onderstreept de OESO dat, in de loop van de twee laatste decennia, het percentage obesen in alle OESO-landen gestegen is ten gevolge van de slechte voedingsgewoonten en het gebrek aan lichaamsbeweging. Obesitas is een belangrijke risicofactor voor verschillende ziekten zoals diabetes, verhoogde bloeddruk, cardiovasculaire aandoeningen, ademhalingsproblemen (astma) en reumatologische aandoeningen (artrose). Vermits er een verschil in tijd zit tussen het begin van de obesitas en de toename van de chronische ziekten die eruit voortvloeien, zal de sterke toename van de obesitas sinds 1980 ernstige gevolgen hebben op het gebied van toekomstige incidentie van gezondheidsproblemen en van de daarmee gepaard gaande uitgaven. Ook al is het waar dat de Verenigde Staten nog steeds het hoogste percentage volwassen obesen telt, wordt toch de kloof met de andere landen gedicht. In Mexico, het Verenigd Koninkrijk en in Australië wordt nu meer dan 20% van de bevolking als obees beschouwd. De obesitaspercentages liggen hoger wanneer ze vastgesteld worden tijdens directe gezondheidsonderzoeken, maar dit soort gegevens is slechts voor de Verenigde Staten, Australië en het Verenigd Koninkrijk op regelmatige basis beschikbaar.

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

Volgens de resultaten van de Nationale Voedselconsumptiepeiling<sup>19</sup>, vertoont een op de drie volwassen Belgen overgewicht en is een volwassene op tien obees (sterk overgewicht). De laatste studie verricht door de Belgian Association for the Study of Obesity (BASO) werd heel onlangs gepubliceerd en geeft de conclusies van haar laatste onderzoek, Bel-Stress genaamd, weer. Het betreft een bevraging van 15000 Belgische mannen en 5000 Belgische vrouwen tussen de 35 en 59 jaar oud. Dit onderzoek bevestigt dat de tendens zich verder zet: **49% van de Belgische mannen en 28% van de Belgische vrouwen vertonen overgewicht**. Respectievelijk 14% en 13% zijn obees. Dit betekent een reële stijging. Indien dit ritme zich handhaaft, zal weldra één volwassene op twee een te hoog lichaamsgewicht hebben.

We kunnen deze cijfers vergelijken met de 8% obesitasprevalentie van de jaren '70 die de Nationale Academie voor Geneeskunde aanhaalt.<sup>20</sup>

### **1.5.2 De toename van de chronische ziekten**

De toename van de chronische ziekten is een van de grootste uitdagingen voor de toekomst in de ganse wereld. Het rapport van de WGO<sup>21</sup> toont aan dat de chronische ziekten verantwoordelijk zijn voor 60% van de 58 miljoen overlijdens in de wereld of anders gezegd, dat 35 miljoen sterfgevallen te wijten zijn aan chronische ziekten.

**Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is de chronische ziekte "een gezondheidsprobleem dat een tenlasteneming gedurende verschillende jaren of verschillende decennia noodzakelijk maakt".**

Om het even over welke pathologie het gaat, worden chronische ziekten, behalve door hun duur, ook gekenmerkt door de omvang van hun gevolgen op het dagelijkse leven van de patiënten en op dat van hun omgeving.

De chronische ziekten omvatten vijf soorten pathologieën:

- Hartziekten

---

<sup>19</sup> Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005

<sup>20</sup> Nicolas Guggenbühl " HEALTH & FOOD " nummer 49, november 2001

<sup>21</sup> Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : WGO-rapport 2006

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- Cerebrovasculaire ongevallen
- Kanker
- Chronische ademhalingsziekten
- Diabetes

De chronische ziekten betekenen een belangrijke financiële en economische last voor het gezondheidssysteem, maar ook voor de patiënten en hun familie.

De directe kost van de gezondheidszorgen en van de niet medische goederen en diensten, die geconsumeerd worden tijdens de behandeling van chronische ziekten, is enorm. Daarbovenop komt dan nog het verlies aan BBP, het verlies aan productiviteit, voor het betreffende land.

We beschikken niet over cijfergegevens voor België, maar het WGO-rapport <sup>22</sup> geeft talrijke significante voorbeelden, waaronder de volgende:

- In het Verenigd Koninkrijk hebben de hartaandoeningen aan het volksgezondheidssysteem 3 miljard dollar gekost, 4,4 miljard dollar aan andere zorgen en 5 miljard dollar aan productiviteitsverlies.
- Er is ook een schatting gemaakt van het verlies aan nationaal inkomen dat inherent is aan de mortaliteitsincidentie als gevolg van chronische ziekten. De verliezen lopen op met de tijd want het aantal overlijdens stijgt elk jaar. De raming van de verliezen voor 2015 voor dezelfde landen liggen tussen de drie en de zes maal hoger dan in 2005. Zo vertoont het Verenigd Koninkrijk in de prognose, van 2005 tot 2015, een cumulatief verlies van 33 miljard dollar, en dit enkel voor de hartaandoeningen, de cerebrovasculaire ongevallen en diabetes.

Ook al beschikken we niet over globale cijfers voor België, toch tonen recente rapporten het belang van het fenomeen aan:

---

<sup>22</sup> Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : WGO-rapport 2006



***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- In juni laatstleden heeft l' Observatoire des Maladies Cardio-vasculaires van de Belgische Cardiologische Liga een nieuwe, verontrustende balans opgemaakt over de cardiovasculaire ziekten.  
De **cardiovasculaire** ziekten blijven de belangrijkste doodsoorzaak in België: ieder jaar sterven bij ons 38.000 personen aan een **hartaandoening**. Dit is meer dan 100 mensen per dag of meer dan 4 per uur!
- Het « Witboek kanker » <sup>23</sup> toont het toenemende belang van Kanker in België aan . Na de cardiovasculaire ziekten, **is Kanker de tweede doodsoorzaak in België**. In 1997 waren 36,6% van de overlijdens te wijten aan cardiovasculaire ziekten, tegen 27% aan kanker. In een rapport van 2004, raamde de WGO dat in België 29% van de overlijdens te wijten waren aan kanker en 34% aan cardiovasculaire ziekten. <sup>24</sup>

Kanker is de eerste doodsoorzaak voor de leeftijdscategorie tussen de 40 en de 60 jaar. Een man op drie en één vrouw op vier wordt voor hun 75<sup>ste</sup> verjaardag met kanker geconfronteerd. Ieder jaar worden in België ongeveer 55.000 kankergevallen gediagnosticeerd (extrapolatie van de gegevens van 2001 voor Vlaanderen).

Volgens de WGO is de mortaliteit veroorzaakt door kanker in België (met bijna 14%) hoger dan in de andere Europese landen. De mortaliteit ligt bijzonder hoog voor longkanker, borstkanker en prostaatkanker. De mortaliteit die aan longkanker kan toegeschreven worden, is voor de Belgen van het mannelijke geslacht het tweede hoogste (na Kroatië) van de Eur-A groep, maar het aantal neemt af.

De vrouwen situeren zich in het midden van de groep, maar hun cijfer stijgt sneller dan het gemiddelde van de vrouwen uit de Eur-A groep. Die cijfers zijn het gevolg van een hoog tabaksgebruik bij de mannen, twintig jaar geleden, en van de toename van het tabaksgebruik bij de vrouwen in de jaren '90 in ons land. Met meer dan 40% rokers in 1980 kende België een uitzonderlijk hoog aantal tabaksgebruikers.

---

<sup>23</sup> La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain – juni 2007

<sup>24</sup> Panorama de la santé en Belgique, 2004. Kopenhagen, Regionaal Bureau Europa, Wereldgezondheidsorganisatie, 2006.

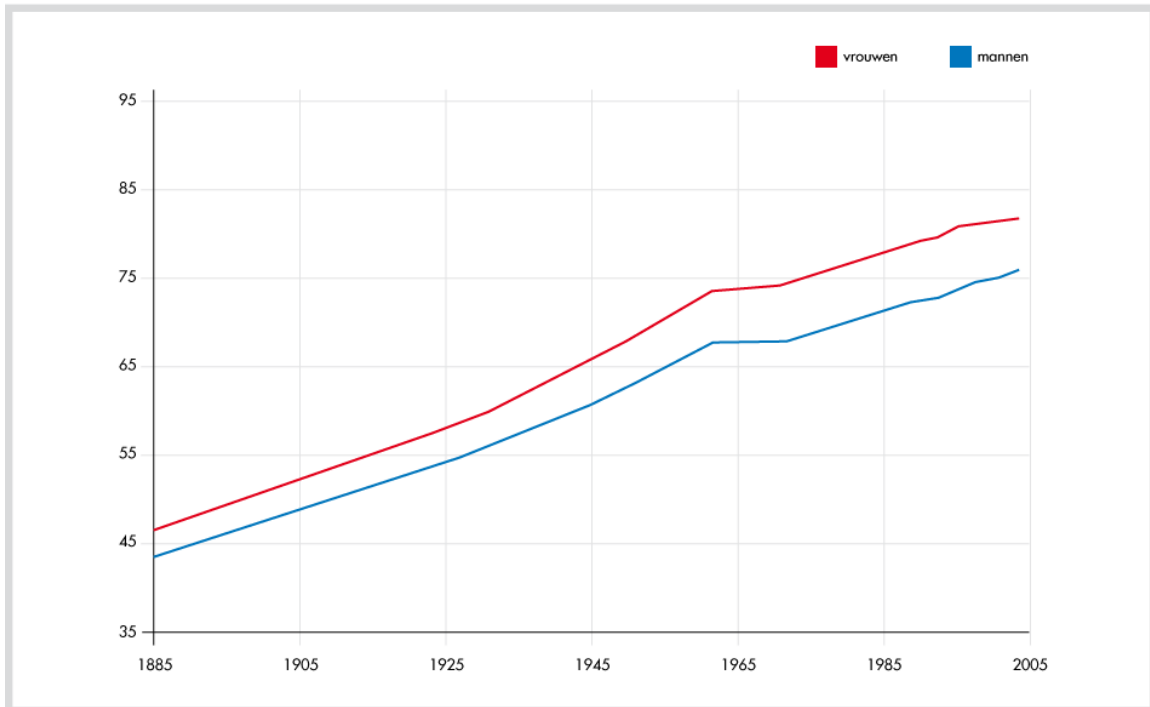
Wat betreft borstkanker, situeren de Belgische vrouwen zich vooraan het peloton van de Eur-A groep en de vrouwen tussen de 25 en de 64 jaar kennen de grootste mortaliteit van de groep.

### **1.5.3 De verlenging van de levensduur en de vooruitgang van de nieuwe technologieën en nieuwe behandelingen.**

De OESO-landen hebben in het verleden, maar ook nu, aanzienlijke vooruitgang geboekt op het gebied van de levensverwachting en het terugdringen van de mortaliteit. Een kind in 2000 geboren in een van de landen uit de OESO-zone, heeft aldus een levensverwachting van gemiddeld negen jaar meer dan een kind geboren in 1960. Bovendien is de kindermortaliteit tot een vijfde gereduceerd en is het cijfer van de voortijdige overlijdens - berekend op het aantal verloren levensjaren voor de leeftijd van 70 - in de loop van de laatste 40 jaar met de helft gedaald.

De toename van de gezondheidsuitgaven die we de laatste 40 jaar gekend hebben, vertoont een gelijklopende curve met de verhoging van de levensverwachting. Zo hebben de OESO-landen gemiddeld 8,4% van het BBP van 2001 tegen 5,3% in 1970 uitgegeven.

## EVOLUTIE VAN DE LEVENSVERWACHTING BIJ DE GEBOORTE



Bron: OESO – Health Data 2007

Deze verhoging van de levensverwachting is mogelijk gemaakt door de talrijke technologische en therapeutische ontwikkelingen. Die **constante vooruitgang van de nieuwe technologieën en de nieuwe behandelingen** zal zich ten gevolge van de voortdurende ontwikkelingen in het diagnostisch onderzoek, de stamcellen, de kankerbehandeling, de genetische therapie... verder zetten.

De veroudering van de bevolking is een direct gevolg van de verlenging van de levensduur. Die vergrijzing van de bevolking verhoogt, zoals we zullen zien in het derde deel, de uitgaven voor de gezondheidszorg.

**1.5.4 Toename van de gezondheidsuitgaven en van de behoefte aan menselijke middelen**

**De gezondheidsuitgaven gaan veel hogere groeipercentages kennen dan in het verleden en nieuwe behoeften in termen van menselijke middelen veroorzaken.**

Het geheel van deze nieuwe uitdagingen zal de gezondheidsuitgaven tijdens de komende decennia doen stijgen. De verschillende studies zijn het niet eens voor wat betreft de omvang van de groei, maar allen wijzen ze op een zeer significatieve toename.

Volgens prognoses van Pricewaterhouse Coopers zullen de gezondheidsuitgaven in de Verenigde Staten gemiddeld 21% en in de Europese landen 16% van het BBP voor hun rekening nemen, tegen een huidig gemiddelde van 15,3 in de USA en 9% in Europa.<sup>25</sup> Stephan Bergheim stelt zich de vraag of deze evolutie zal stoppen. Volgens hem toont de studie van de actuele en toekomstige tendensen van de groeimotoren aan dat deze evolutie zeker zal voortduren tot 2020 en dat ze vermoedelijk zelfs nog langer zal doorgaan.<sup>26</sup>

Het voortduren van de toename van de gezondheidsuitgaven zal gepaard gaan met een toenemende behoefte aan bijkomende menselijke middelen: artsen, verpleegsters, zorgkundigen, beroepen voor hulp aan huis...Het is van essentieel belang dat er op korte, middellange en lange termijn aan deze toenemende behoeften kan voldaan worden.

Deze nieuwe behoeften tonen aan dat de toename van de gezondheidsuitgaven niet enkel als een noodzakelijk kwaad kan beschouwd worden. Ze kan ook beschouwd worden als een opportuniteit om economische groei te realiseren.

---

<sup>25</sup> PriceWaterhouseCoopers Healthcast 2020: Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel

<sup>26</sup> Stefan Bergheim – À votre santé et à encore plus de croissance – Revue problèmes économiques – 4 juli 2007

## **2 DEEL II – DE TRADITIONEEL ERKENDE STERKTES VAN HET BELGISCH GEZONDHEIDSSYSTEEM**

---

1. Traditioneel worden aan ons gezondheidssysteem **drie sterke punten** toegeschreven: de dekkinggraad van de bevolking door de verplichte ziekteverzekering, de vrije keuze van de patiënt en de toegang tot het gezondheidssysteem. Naast deze traditionele sterke punten kunnen we **3 bijkomende sterke punten** weerhouden.

2. De door het systeem teweeggebrachte **algemene dynamiek in de concrete aanbieding en prestatie van gezondheidszorg**: het zelfstandige statuut van de zorgverleners, de concurrentie tussen de netten en de instellingen, en de rivaliteit tussen de ziekenfondsen hebben gezorgd (en zorgen nog steeds) voor een gezonde wedijver tussen de verschillende actoren van het gezondheidssysteem.

3. De **basisvorming en de kwaliteit van de zorgverleners**, dankzij een goed onderwijssysteem en een goede permanente vorming. Echter: de groeiende schaarste van goed menselijk kapitaal op de arbeidsmarkt zal zich ook in de medische beroepen doen gevoelen.

4. Ten slotte: de **toenemende professionalisering van het beheer van de structuren en de actoren van de gezondheidszorg**. Het gezondheidssysteem heeft tijdens de laatste 15 jaar een zeer belangrijke vooruitgang geboekt op het gebied van het management. Precieze functiestructuren en profielen zijn ingevoerd, zoals financieel beheer, informatica en medische directies. Niettemin blijven er nog belangrijke verbeteringen nodig in sommige instellingen.

## **2 DEEL II – DE TRADITIONEEL ERKENDE STERKTES VAN HET BELGISCH GEZONDHEIDSSYSTEEM**

---

De analyse van het Belgisch Gezondheidssysteem laat ons toe zes belangrijke sterke punten te identificeren.

Bepaalde aspecten van deze sterke punten kunnen ook zwaktes inhouden die soms in de volgende hoofdstukken zullen aangehaald worden, maar in essentie worden ze als sterke punten beschouwd.

### **2.1 De dekking van de bevolking door de verplichte ziekteverzekering**

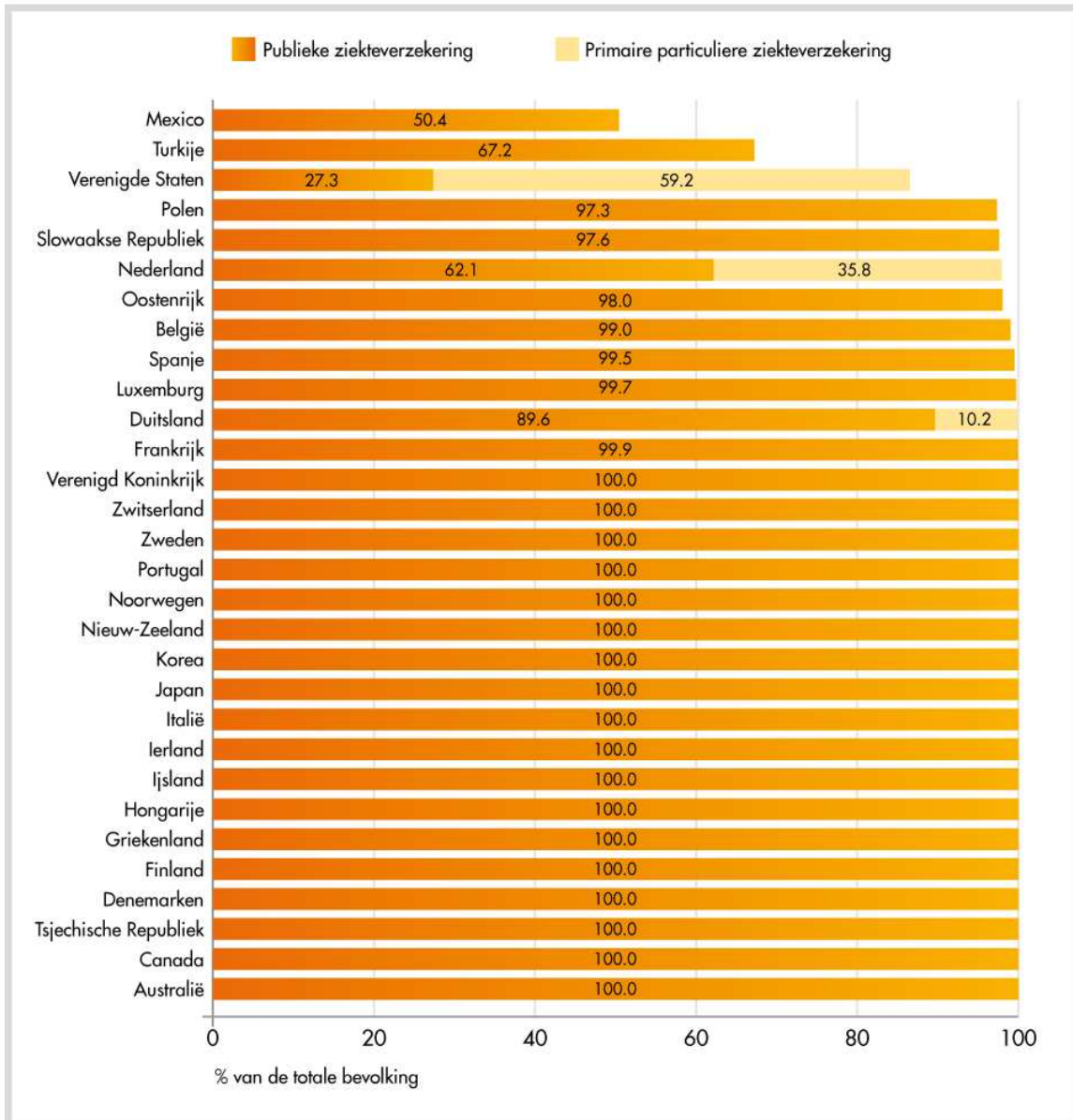
De dekking van de bevolking wordt door de OESO gedefinieerd als het aandeel van de bevolking dat in aanmerking komt voor een geheel van gezondheidsgoederen en -diensten op grond van de overheidsprogramma's en de privé-ziekteverzekering.

De gegevens omvatten de personen die in eigen naam gedekt zijn en de personen die ze ten laste hebben.

In België is 99% van de bevolking gedekt door de openbare verplichte verzekering. Tot 01.01.2008 werd een onderscheid gemaakt tussen de grote en kleine risico's waarbij de zelfstandigen niet automatisch verzekerd waren voor de kleine risico's. Sinds 1 januari is de dekking voor zowel de grote als de kleine risico's voor 99% van de bevolking gewaarborgd.

Een internationale vergelijking toont aan dat in 2005, de meeste OESO-landen een universele of quasi universele openbare dekking van de gezondheidszorg voor een geheel van sleuteldiensten ingevoerd hadden. Duitsland, Nederland, de Verenigde Staten, Turkije en Mexico vormen hierop een uitzondering.

**DEKKING VAN DE ZIEKTEVERZEKERING VOOR ALLE DIENSTEN, 2005**  
BRON OESO – HEALTH AT A GLANCE 2007



Bron: Oeso – Health at a Glance 2007

- De universele gezondheidsdekking betekent natuurlijk niet dat de zorgen gratis zijn voor de patiënt, maar wel dat de Ziekteverzekering verplicht is en dat een deel van de kosten, die inherent zijn aan het systeem, ten laste van de

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

55

**CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM**

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

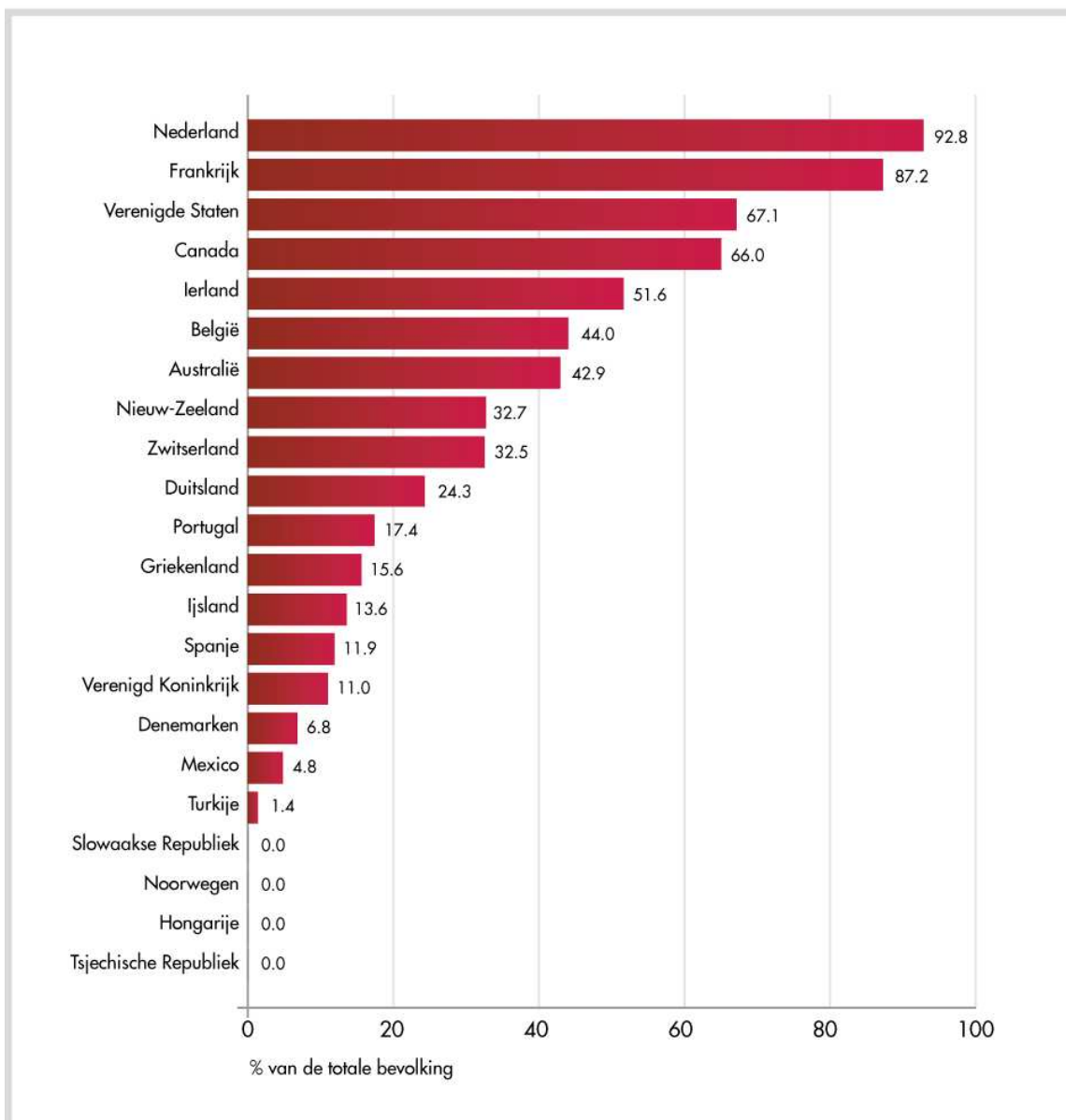
patiënten blijft. Om zich in te dekken tegen deze kosten tekent de bevolking, naast de verplichte ziekteverzekering, ook in op privé-verzekeringen.

- Het aandeel van de bevolking dat door een privé-verzekering gedekt is, varieert sterk van het ene OESO-land tot het andere. Op de 23 landen, voor dewelke men over gegevens beschikt, geven slechts vijf landen (Nederland, Frankrijk, de Verenigde Staten, Canada en Ierland) aan dat in 2005 meer dan de helft van de bevolking over een privé-ziekteverzekering beschikte. In België en Australië heeft meer dan 40% van de bevolking ingetekend op een privé-ziekteverzekering; in Nieuw-Zeeland en in Zwitserland gaat het over bijna een derde van de bevolking. In talrijke OESO-landen (bijvoorbeeld Turkije, de Republiek Tsjechië, Hongarije, Noorwegen, Polen en de Republiek Slowakije), is het aandeel van de bevolking dat van een privé-ziekteverzekering geniet verwaarloosbaar of zelfs nihil.



## BEVOLKING GEDEKT DOOR EEN PARTICULIERE ZIEKTEVERZEKERING, 2005 (OF LAATSTE BESCHIKBARE JAAR)

BRON OESO - HEALTH AT A GLANCE NOVEMBER 2007



Ook al ligt het percentage van de bevolking die gedekt is door een privé-ziekteverzekering hoog, dan nog blijft de openbare ziekteverzekering die van toepassing is op de totale bevolking een van de belangrijke verworvenheden van

ons Gezondheidssysteem. Het percentage van de personen die buiten het systeem valt, ligt zeer laag. Zelfs indien men niet beschikt over een privé-verzekering, dan nog zal het gezondheidssysteem iedere persoon die een belangrijk medisch probleem heeft ten laste nemen.

## **2.2 De vrije keuze van de patiënt**

De Belgische gezondheidszorg wordt gekenmerkt door het feit dat de patiënten hun verzekeringsinstelling en hun zorgverleners vrij kunnen kiezen. De artsen kunnen vrij een therapie kiezen.

De vrije keuze van de patiënt is belangrijk, want ze laat de patiënt toe van verzekeringsinstelling of van zorgverstrekker te veranderen indien de dienstverlening hem geen voldoening schenkt. Het laat de arts eveneens toe de voor zijn patiënt meest geschikte behandeling te kiezen.

De vrije keuze is eveneens belangrijk omdat zij de concurrentie tussen de instellingen en de medische hulpverleners mogelijk maakt en hun dynamisme aanwakkert. Aangezien de patiënt de vrije keuze heeft, gaat hij zich richten op de structuur die het meest overeenkomt met zijn verwachtingen en behoeften. Een niet dynamische en professionele arts of ziekenhuis zal het aantal klanten heel snel zien afnemen.

Tot op heden zijn er slechts weinig uitzonderingen op de toepassing van dit principe. Hieronder enkele voorbeelden:

- Het voorschrijven van generieke geneesmiddelen
- De specifieke terugbetalingsvoorwaarden voor bepaalde geneesmiddelen
- De remgeldvermindering voor de patiënt die een globaal medisch dossier aanlegt bij een huisarts naar keuze

Globaal gezien, heeft de patiënt - om het even waar hij woont - de mogelijkheid een beroep te doen op om het even welk ziekenhuis of zorgverlener in België en kan hij zich wenden tot het ziekenhuis of tot de arts met de beste reputatie. Deze fundamentele sterkte wordt echter beperkt door de kwaliteit van de informatie in verband met de prestaties van de zorgverleners en de diensten waarover de

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

patiënt beschikt. Die vrije keuze kan echter ook leiden tot een onnodige toename van de intellectuele en technische prestaties.

## **2.3 De toegang tot het Gezondheidssysteem**

In de studie die de Health Consumer Powerhouse in oktober 2007 gepubliceerd heeft en die de 27 Europese lidstaten plus Noorwegen en Zwitserland dekt, staat België op de eerste plaats voor wat de volgende criteria betreft:

- Toegang tot de familiearts op de dag zelf
- Directe toegang tot een specialist
- Belangrijke niet acute ingrepen binnen de 90 dagen
- Kankertherapie binnen de 21 dagen
- Nucleair magnetische resonantie binnen de 7 dagen

De maximumscore van België (15) wordt gevold door Oostenrijk, Duitsland en Zwitserland (14) en door Frankrijk (13). De minder goede scores worden behaald door Zweden (6), het Verenigd Koninkrijk (7), Spanje (7), Portugal (7), Polen (7), Italië (7) en Estland.

In België bestaat het fenomeen van de wachtlijsten voor hospitalisatie, zoals we die kennen in het Verenigd Koninkrijk en Nederland, niet. Het is echter wel zo dat een consultatie bij de oogarts in een ziekenhuis meerdere maanden op zich kan laten wachten, maar dat men binnen de week een antwoord van dezelfde arts kan krijgen in zijn privé-kabinet.

Die onmiddellijke toegang tot het gezondheidssysteem is in die zin goed dat een snelle medische interventie toelaat dat de gezondheidstoestand van de patiënt niet verergert en dat complicaties kunnen vermeden worden. Zoals in het tweede deel van dit rapport beschreven, moet dat standpunt nochtans genuanceerd worden: de

coördinatiefunctie is weinig in het gezondheidssysteem aanwezig en de toegangswegen tot het systeem zijn niet altijd optimaal op de behoeften van de patiënt afgestemd. Een meer doordachte toegang tot het gezondheidssysteem kan in bepaalde gevallen, die geen dringende tussenkomst vereisen, gunstig zijn voor de patiënt.

## **2.4 De globale dynamiek die het systeem teweegbrengt**

- Een belangrijk sterk punt is de algemene dynamiek die men terugvindt in de uitoefening van de gezondheidszorgen.
- De politieke strijd, de concurrentie tussen de netten en de instellingen en de rivaliteit tussen de ziekenfondsen hebben in het verleden en ook op vandaag nog, gezorgd voor een wedijver tussen de verschillende actoren van het gezondheidssysteem. Hoewel het systeem berust op een kern van VZW's en niet op privé-maatschappijen die winst beogen, vinden we in onze VZW's niet de traditionele nadelen van de verstaatste gezondheidssystemen terug.
- Deze essentiële troef kan verklaard worden door de vrijheid en de autonomie van de raden van bestuur en van de beheersorganen. Deze troef wordt nog versterkt door een wettenarsenaal dat in de loop van de jaren ontstaan is en dat permanent het dynamisme van het systeem bevordert door middel van verschillende stimulansen. De budgettaire maatregelen, die sinds het begin van de jaren '80 in de ziekenhuizen geïntroduceerd zijn, hebben hen ook aangezet tot het moderniseren en het dynamiseren van hun activiteiten. Globaal gezien, vindt men dit dynamisme terug in de verschillende types structuren. Natuurlijk vertoont dit dynamisme ook enkele zwakke punten die we later zullen behandelen.
- Deze dynamiek wordt ook versterkt door het zelfstandige statuut van de meeste zorgverleners: met uitzondering van de openbare en de universitaire ziekenhuizen, zijn alle artsen zelfstandigen, zelfs in de ziekenhuisinstellingen waar ze een deel van hun honoraria afstaan aan het

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor de apothekers, de kines en de thuisverplegers of -verpleegsters.

- Indien de coördinatie van de middelen onvoldoende op globaal vlak gebeurt, kunnen de verschillende factoren die aan de basis liggen van de wedijver en van het dynamisme op het terrein natuurlijk ook aanleiding geven tot negatieve effecten. Het gebrek aan coördinatie zal verder behandeld worden bij de zwaktes van het systeem.

## **2.5 De basiskwaliteit van het onderwijs en van de beoefenaars**

We hebben geen weet van vergelijkende studies over dit onderwerp, maar toch kunnen we stellen dat de basisvorming over de kunst van het genezen en het verzorgen die in het ganse land aan artsen, verplegers, apothekers en kinesitherapeuten verstrekt wordt, algemeen erkend wordt als een opleiding van zeer hoog niveau. De aanwezigheid van meer dan 50 verschillende nationaliteiten op de banken van de faculteiten en de hogescholen bewijst de aantrekkingskracht van ons land omwille van het verstrekte onderwijs.

Ook al bestaan er - zoals we verder zullen zien - bepaalde lacunes ten opzichte van de nieuwe evoluties binnen de beroepen, toch blijft de basiskern van uitstekende kwaliteit. Deze opleiding en de aanwezigheid van internationaal erkende centra van uitmuntendheid versterken de kwaliteitsreputatie die onze beoefenaars in het buitenland genieten.

Deze personeelskwaliteit situeert zich niet alleen op medisch niveau, maar eveneens op verpleegkundig niveau. De aangeboden verpleegkundige opleidingen zijn één van de meest intensieve in Europa, zowel voor wat de duur als de inhoud betreft. Dit is van essentieel belang om de eindkwaliteit van de geleverde dienst te garanderen.

## **2.6 De professionalisering van het beleid**

Gedurende de laatste 15 jaar, heeft het gezondheidssysteem een belangrijke vooruitgang geboekt op het gebied van het beleid. De competenties en de profielen van de menselijke middelen die in de sector ingezet worden, zijn er heel sterk op vooruit gegaan. En tegelijkertijd zijn de organisaties, de structuren en de processen veel professioneler geworden.

Een bijzonder frappant voorbeeld is de ziekenhuissector: in het verleden beruiste het echte beleid enkel bij de directeur en dat was dan nog slechts halftijds vermits de rest van zijn tijd besteed werd aan taken die te maken hadden met het dagelijkse bestuur. Hij was omringd door de boekhouding, de personeelsdienst en de aankoopdirectie,...

De structuur van het ziekenhuisbeleid is in de loop van de jaren sterk veranderd. Deze evolutie is begonnen met het invoeren van heuse financiële directies. Die evolutie was absoluut noodzakelijk aangezien bijna geen enkel ziekenhuis destijds over een akkoord van hun bankiers betreffende de "dagwaarde" beschikte. Erger nog, de meerderheid wist van het bestaan hiervan en van de mogelijkheid dit te onderhandelen, niets af en dit ondanks de heel hoge omzetten die men realiseerde.

Later heeft die evolutie zich uitgebreid naar personeels-, medische-, informatica- en logistieke directiefuncties. Professionals, die soms uit de privésector afkomstig waren, hebben nieuwe beleidsvormen geïntroduceerd en hebben aldus puur administratieve functies omgevormd tot beleidsfuncties. Die evolutie varieert natuurlijk van ziekenhuis tot ziekenhuis, maar de globale evolutie gaat in die richting.

Deze professionalisering van het beleid die duidelijk zichtbaar is in de ziekenhuizen, manifesteert zich ook - aan een wisselend tempo - op het niveau van de andere actoren van het systeem: de ziekenfondsen, de overheid,...

### **3 DEEL III. WAAROM ZIJN HERVORMINGEN NODIG?**

---

Ons systeem van gezondheidszorg bezit belangrijke troeven. Nochtans worden deze tegenwoordig ernstig bedreigd.

1. **Sinds 25 jaar is alle beleidsaandacht in hoofdzaak naar het budget gegaan** en dit gedurende drie opeenvolgende periodes: (i) de ziekenhuizen, (ii) de mutualiteiten, (iii), de farmaceutische industrie en de zorgverleners.
  - a. Ondanks 25 jaar van budgettaire controle is men er niet in geslaagd het budget te controleren: de groeivoet is onhoudbaar in vergelijking met de evolutie van het Belgische BBP, de gezondheidssector kannibaliseert de andere sectoren van de sociale zekerheid (onder andere de pensioenen) en de private financiering blijft maar stijgen.
  - b. De 25 jaar van budgettaire controle hebben een stijgende druk uitgeoefend op het zorgaanbod en hebben de rol van de centrale overheid doen toenemen, terwijl de traditionele sterkte van het systeem net berust op de vrije toegang tot uiterst gedecentraliseerde diensten.
  - c. De budgettaire controle via het groeionormen systeem doet de vergrijzingskost stijgen voor de toekomstige generaties.
  - d. De budgettaire controle is onhoudbaar in de toekomst, gelet op de voormelde uitdagingen van de 21<sup>e</sup> eeuw.

**De budgettaire fixatie is dus zonder meer ontoereikend, onhoudbaar en gevaarlijk voor de toekomst van het Belgische gezondheidszorgsysteem.**

2. **Het budget zal in de toekomst ongetwijfeld onvoldoende zijn ondanks de steeds groter wordende aderlating in het**

**gezinsbudget.** De private en publieke gezondheidsuitgaven kennen een uitzonderlijke groei. Deze uitzonderlijke groei is niet onder controle en kannibaliseert de sociale zekerheid, zoals ook het Rekenhof heeft aangeklaagd. Zij is desondanks nodig om een performant gezondheidszorgsysteem te verzekeren. De budgettaire groei die voorzien is door de Studiecommissie voor de Vergrijzing zal duidelijk onvoldoende zijn.

- 3. De kwalitatieve doelstelling wordt onvoldoende benadrukt in het gezondheidszorgbeleid.** Hoewel er inspanningen worden ondernomen op individueel niveau, bestaat er geen globale aanpak om de kwaliteit van onze gezondheidszorg te waarborgen. Bestaande internationale vergelijkingen inzake kwaliteit zijn niet lovend voor België. Bovendien is de transparantie van de kwaliteitsinformatie quasi onbestaande. **Waar informatie bestaat, toont die bovendien een eerder middelmatige prestatie aan.**

Voorbeelden hiervan zijn kindersterfte, perinatale sterfte of sterfte ten gevolge van borstkanker of darmkanker. Voor al deze indicatoren bevindt België zich tussen de 15<sup>e</sup> en de 20<sup>e</sup> plaats in een rangschikking van 28 ontwikkelde landen. Ziekenhuisinfecties zijn een ander voorbeeld. Er zijn er ongeveer 110 000 per jaar, alleen nog maar voor de ziekenhuizen, met tussen de 2500 en de 3000 doden en kosten die oplopen tot €116.322.800 voor extra ziekte-dagen ten gevolge van deze infecties.

Het is belangrijk dat kwaliteit een belangrijker plaats krijgt in het Belgische gezondheidszorgbeleid, aangezien de patiënt vandaag te weinig middelen krijgt om die te evalueren. Maar, door de budgettaire nadruk gaat de beleidsaandacht alleen naar kwantiteit en toegankelijkheid van het aanbod. De kwaliteit van het aanbod daarentegen is de vrucht van individuele initiatieven en dus niet van een georganiseerd en voluntaristisch beleid. België faciliteert de keuzevrijheid van de patiënt en de concurrentie tussen de zorgverleners, maar doet te weinig om de keuzes van de patiënt geïnformeerd te doen verlopen.



4. De quota zijn contraproductief en zullen in de toekomst leiden tot **tekorten op het gebied van menselijke middelen**: artsen, zorgassistenten,... Naast de samenwerking tussen de verschillende zorgniveaus is ook de uitwerking van geïntegreerde zorgnetwerken ofwel volledig onbestaand, ofwel ruim ontoereikend. Het beleid is er één van verticale budgettaire affectatie volgens de klassieke indeling: ziekenhuizen, artsen, specialisten,... **De toekomst vraagt om een horizontale organisatie die de verschillende niveaus in een geïntegreerde aanpak combineert**, wat toelaat zich toe te spitsen op resultaten in termen van gezondheid, eerder dan op zorgverlenende prestaties zelf.
5. **Het merendeel van het budget is gebaseerd op het curatieve en besteedt heel weinig aandacht aan de preventie.** Door de budgettaire druk is het gezondheidsbeleid grotendeels teruggebracht tot curatieve zorg. De stimulansen om te investeren in de preventieve dimensie zijn quasi onbestaande. Er bestaan sinds kort enkele goede initiatieven op regionaal of nationaal niveau, zoals het nationale plan tegen kanker. Deze initiatieven zijn echter te specifiek om een structureel probleem op te lossen. Preventie moet op structurele wijze versterkt worden.
6. We stellen een **gebrek aan visie op middellange- en lange termijn** vast. Het beleid is afgestemd op bekommernissen op korte termijn.

Het gezondheidszorgbeleid in België is gebaseerd op de toewijzing van middelen op basis van belangengroepen en corporatisme. Er bestaat geen institutioneel kader om de budgettaire toewijzingen te koppelen aan een lange termijn visie over gezondheid.

De organisatie van de Belgische gezondheidszorg **mist, als gevolg van de budgettaire logica op korte termijn, een reflectieplatform over gezondheid en gezondheidsbeleid op lange termijn.** Deze denkoefening is nochtans noodzakelijk en moet de fundamentele veranderingen van de 21<sup>ste</sup> eeuw mogelijk maken:

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- a. Een horizontale organisatie gebaseerd op samenwerking.
- b. De optimalisatie van het zorgaanbod op kwantitatief en kwalitatief vlak.
- c. De omschakeling van de rol van de burger-patiënt naar een grotere responsabilisering door middel van stimulansen.
- d. Een geoptimaliseerd gebruik van technologie en informatie.

## **3 DEEL III. WAAROM ZIJN HERVORMINGEN NODIG?**

---

### **3.1 De evolutie van het budget moet beter beheerst worden**

#### **3.1.1 Een exponentiële toename van de overheids- en privé-gezondheidsuitgaven**

De uitgaven voor gezondheidszorg evolueren snel. De laatste jaren ligt de toename van deze uitgaven een stuk hoger dan de groei van het BBP. Dit is geen nieuw fenomeen. In België merken we dit al sinds heel lang. De onderstaande tabel geeft het percentage weer dat de gezondheidszorg in het BBP uitmaakt. Wanneer dit percentage stijgt, betekent dit dat de toename van de gezondheidsuitgaven hoger is dan deze van het BBP.

De hieronder weergegeven uitgaven voor gezondheidszorg omvatten zowel de uitgaven die de openbare overheden gedaan hebben als deze gedragen door de particulieren. Men kan dus spreken van een exponentiële toename van de overheids- en de privé-gezondheidsuitgaven. Hierbij moeten we echter een belangrijk voorbehoud maken: de in de tabel opgenomen uitgaven, zijn de uitgaven voor gezondheidszorg die traditiegetrouw door de landen in de berekening opgenomen worden: hospitalisatie, medische zorgen, verpleegkundigen, terugbetaalde medicatie,... Alle prestaties of producten die deel uitmaken van een visie op "gezondheid" versus "gezondheidszorg", zoals beschreven in het eerste deel, zijn niet in de tabel opgenomen. Op die manier zal men de zogenaamde comfortgeneesmiddelen, de alternatieve geneeswijzen, de sportclubs en de zeer verscheiden activiteiten met betrekking tot lichaamsverzorging en welzijn, niet in de berekening terugvinden.

Land	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Duitsland</b>	8,8	8,3	10,1	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
<b>Australië</b>	7,2	7,5	8,0	8,3	8,3	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5	
<b>Oostenrijk</b>	6,5	7,0	9,8	10,0	10,2	10,2	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2
<b>België</b>	7,0	7,2	8,2	8,3	8,4	8,6	8,6	8,7	9,0	10,1	10,2	10,3
<b>Canada</b>	8,1	8,9	9,0	8,8	9,1	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8
<b>Denemarken</b>	8,5	8,3	8,1	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2	9,1
<b>Spanje</b>	5,4	6,5	7,4	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,8	8,1	8,3
<b>USA</b>	10,0	11,9	13,3	13,1	13,1	13,1	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3
<b>Finland</b>	7,1	7,7	7,5	7,2	6,9	6,8	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
<b>Frankrijk</b>	8,0	8,4	9,9	9,7	9,6	9,7	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,1
<b>Ierland</b>	7,5	6,1	6,7	6,4	6,2	6,3	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5
<b>Italië</b>		7,7	7,3	7,7	7,7	7,8	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
<b>Japan</b>	6,7	6,0	6,9	7,0	7,3	7,5	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	
<b>Luxemburg</b>	5,2	5,4	5,6	5,6	5,7	5,8	5,8	6,4	6,8	7,6	7,9	7,9
<b>Noorwegen</b>	6,6	7,6	7,9	8,4	9,3	9,3	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1
<b>Nieuw-Zeeland</b>	5,1	6,9	7,2	7,3	7,8	7,6	7,7	7,8	8,2	8,0	8,5	9,0
<b>Nederland</b>	7,3	8,0	8,3	7,9	8,1	8,1	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2	
<b>Portugal</b>	5,7	5,9	7,8	8,0	8,0	8,2	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2
<b>Verenigd Koninkrijk</b>	5,9	6,0	7,0	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3
<b>Zweden</b>	8,6	8,3	8,1	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1
<b>Zwitserland</b>	7,8	8,3	9,7	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6

Totaal van de uitgaven voor gezondheidszorg in percentage van het BBP in de OESO-landen

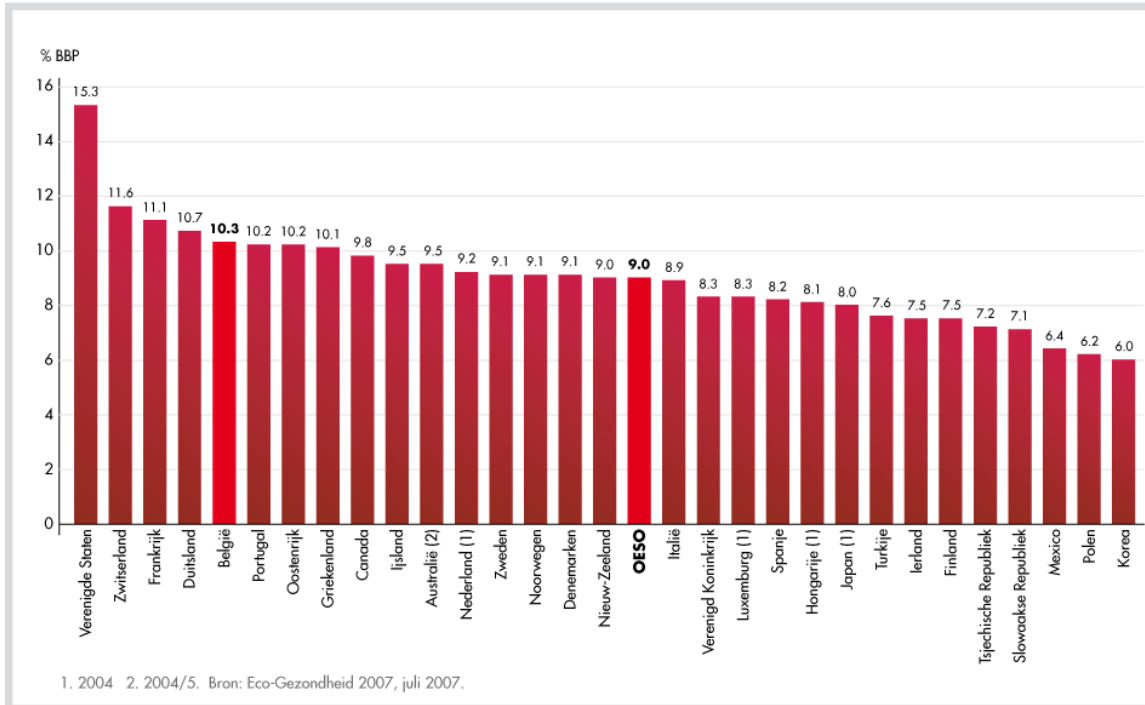
Bron: OESO

In 20 jaar tijd, zijn zowel de overheids- als de privé-uitgaven voor gezondheidszorg gestegen van 7% van het BBP (in 1985) tot 10,3% van het BBP (2005). Dit fenomeen is echter niet typisch Belgisch: het doet zich voor in talrijke OESO-landen zoals Frankrijk, de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, ...

Wanneer we de situatie in 2005 onder de loep nemen (cf. onderstaande grafiek), dan zien we dat België, in vergelijking met de andere landen, een groot deel van het BBP besteedt aan gezondheidsuitgaven. <sup>27</sup>

<sup>27</sup> OESO, Eco Santé 2007, comment la Belgique se positionne, 2007.

## ZIEKTEKOSTEN ALS PERCENTAGE VAN BBP, LANDEN VAN DE OESO, 2005



Dit percentage (10,3% in 2005) ligt ruim boven het OESO-gemiddelde (9%). Enkel de Verenigde Staten, Zwitserland, Duitsland en Frankrijk besteden een nog groter deel van hun BBP aan gezondheidsuitgaven.

**Deze toename van de gezondheidsuitgaven is op zich niet negatief, want ze kan een return op het gebied van Gezondheid en bijkomende economische activiteit opleveren.** Er kan dus een positief luik bestaan in termen van welzijn en van toegevoegde waarde op economisch vlak. **Echter, die positieve return zal slechts bestaan wanneer de toename en de gevolgen van deze toename beheerst worden en wanneer deze toename in de toekomst verder kan gefinancierd worden.**

Net als het Rekenhof stellen we echter vast dat in de voorbije jaren de beheersing van deze uitgaven niet altijd aanwezig was.

Het rapport van het Rekenhof toont duidelijk aan dat de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen in 2006 geraamd werden op 18,4 miljard euro, wat zes keer meer is dan in 1980. Ze stijgen sneller dan het Bruto

[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

69

CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Binnenlands Product en maken meer dan een derde van het geheel van de uitgaven voor de uitkeringen van de sociale zekerheid uit voor zowel het stelsel voor werknemers als voor het stelsel voor zelfstandigen.

Zoals het Rekenhof het uitlegt, was het budget in 1994 geplafonneerd op 9.791,8 miljoen euro (395 miljard frank). Toen was er voorzien dat dit bedrag jaarlijks kon stijgen met een maximum ten belope van de inflatie en van een reële toename van 1,5%. Indien deze groeimarge zou gerespecteerd geweest zijn, dan zouden de uitgaven eind 2004 maximum 13.367,4 miljoen euro mogen bedragen hebben (+ 36,5 %).

Nochtans, vanaf 1999, werd de marge meerdere keren aangepast:

- voor de budgetjaren 1999 en 2001, werden uitzonderlijke of bijzondere uitgaven voor een bedrag van 700,3 miljoen euro toegekend, bovenop de door de groeinorm en de inflatie toegelaten toename;
- voor de budgetjaren 2000 en 2004, werd er in de wetgeving een nieuwe basis voor de berekening van de groeimarge opgenomen, namelijk algemene budgettaire doelstellingen van respectievelijk 12.412,7 en 16.257,8 miljoen euro;
- vanaf het budgetjaar 2001, werd de groeinorm van 1,5% opgetrokken naar 2,5% (vanaf 2005 bedraagt de norm 4,5 %).

Het Rekenhof wijst er op dat deze verschillende wijzigingen van de budgettaire groeimarge twee belangrijke gevolgen gehad hebben:

- De budgetverhoging die gedurende die tijd plaatsgevonden heeft, ligt niet ver van het dubbele van wat in 1994 voorzien werd (het budget bedroeg 16.257,8 miljoen euro in 2004, hetzij een toename van 66 % in plaats van de voorziene 36,5 %); op jaarbasis bedraagt het verschil tussen de begrote uitgaven en de volgens de oorspronkelijke groeimarge van 1,5 % initieel voorziene uitgaven nu ongeveer 3 miljard euro (eind 2004: 2.890,4 miljoen euro).

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- De evolutie van het budget heeft van nabij de evolutie van de uitgaven gevolgd: gedurende de periode waarin de uitgaven het meest gestegen zijn (1999-2004), werd het budget, behalve in 2002, ieder jaar overschreden, maar de overschrijding bewoog zich binnen een vork gaande van 0,3% tot 3,3%.

Vanaf 2004 heeft men blijkbaar grote inspanningen geleverd om het budget te respecteren, maar toch blijft er een belangrijke kloof tegenover de initieel beoogde groeinorm.

Het Rekenhof merkt drie essentiële moeilijkheden op:

- “Fundamenteel heeft de steeds hogere marge er echter toe geleid dat de begroting de uitgaventrend veeleer heeft gevolgd dan aangestuurd. Het effect van een groeimarge op de uitgavenbeheersing wordt immers steeds sterker naarmate dit instrument langer in de tijd onveranderd gehandhaafd blijft. Door de kort opeenvolgende aanpassingen bleef dat effect achterwege. De beslissing om bij de verzekeringsinstellingen (“ziekenfondsen”) en bij de farmaceutische industrie een deel van de overschrijding van de begroting terug te vorderen, had op de uitgavenevolucie in financieel opzicht slechts een relatief beperkte weerslag.”
- « Het ontbreken van duidelijke keuzen is wellicht tegelijk oorzaak en gevolg van de beslissende rol die de regering op zich nam. Daarbij blijft de inspraak in het beslissingsproces behouden, maar dan binnen een informeel en vaak bilateraal overleg met de (beleids)cel van de minister van Sociale Zaken. Dat informele overleg leidt echter tot een weinig transparant begrotingsproces. Zo bestaat geen inzage in de elementen waarop de besliste maatregelen over nieuwe initiatieven en besparingen zijn geraamd, terwijl ze nochtans het sluitstuk van de begroting vormen. Er wordt ook opgemerkt dat aan de structuren geen enkele rol is toebedeeld bij het vastleggen en het corrigeren van de belangrijke budgetten voor geneesmiddelen, de verblijfskosten in ziekenhuizen en de uitvoering van sociale akkoorden.»

*Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming*

- «Tot slot zouden de gegevens die noodzakelijk zijn voor een goed onderbouwde raming van de uitgaven en voor een actuele en correcte interpretatie van de uitgavenevolucie, verder moeten worden uitgewerkt en beter gecontroleerd.».

**Samengevat kunnen we zeggen dat de toename van de gezondheidsuitgaven door de overheid kadert in de groeिनorm zoals de regering die bepaald heeft. Tussen 1994 en 1998 is die norm vastgelegd op 1,5%, tussen 1999 en 2002 op à 2,5%, en sinds 2003 bedraagt die 4,5%. Zelfs indien die norm toelaat de uitgaventrend onder controle te houden, stellen we vast dat, in de praktijk, de reële toename van de uitgaven dikwijls die norm overschrijdt (gezien het zich beroept op kunstgrepen zoals de exogene uitgaven die uitgaven toelaten die niet opgenomen zijn in de berekening van de norm).**

**Het vastleggen van een groeिनorm behoedt ons dus niet tegen een budgettaire ontsporing en toont niet aan dat de uitdagingen voor de toekomst opgelost zijn.**

### 3.1.2 Een financiering die steeds meer berust op de privé-bijdragen

De financiering van de gezondheidszorg omvat een overheids- en een privé-aandeel dat afhangt van land tot land en dat in de loop van de tijd varieert. Tabel geeft de overheidsuitgaven van verschillende OESO-landen weer.

Land	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Duitsland</b>	76,2	81,6	80,8	80,1	79,8	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9
<b>Australië</b>	67,1	66,7	67,8	67,3	70,0	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	
<b>Oostenrijk</b>	73,5	71,5	75,5	75,7	76,1	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7
<b>België</b>		78,5	76,8	76,3	76,1	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3
<b>Canada</b>	74,5	71,4	70,3	70,7	70,0	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3
<b>Denemarken</b>	82,7	82,5	82,3	82,0	82,2	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1
<b>Spanje</b>	78,7	72,2	72,5	72,2	72,0	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4
<b>Verenigde Staten</b>	39,4	45,3	45,1	44,0	43,5	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1
<b>Finland</b>	80,9	75,6	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8
<b>Frankrijk</b>	76,6	78,6	78,6	78,6	78,4	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8

[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***



*Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming*

<b>Ierland</b>	71,7	71,8	73,7	73,5	72,7	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0
<b>Italië</b>	79,5	70,8	70,8	70,4	70,7	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6
<b>Japan</b>	77,6	83,0	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	
<b>Luxemburg</b>	93,1	92,4	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,3	90,2	90,7
<b>Noorwegen</b>	82,8	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6
<b>Nieuw-Zeeland</b>	82,4	77,2	77,3	77,0	77,5	78,0	76,4	77,9	78,3	77,2	77,4
<b>Nederland</b>	67,1	71,0	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5			
<b>Portugal</b>	65,5	62,6	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	72,3
<b>Verenigd Koninkrijk</b>	83,6	83,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1
<b>Zweden</b>	89,9	86,6	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6
<b>Zwitserland</b>	52,4	53,8	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7

Aandeel van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg

Bron: OESO

In België worden meer dan 70% van de uitgaven voor gezondheidszorg gefinancierd door de openbare overheden. Het overheidsaandeel ligt daarmee ruim boven dit van de Verenigde Staten (45%) of van Zwitserland (60%).

En toch is België niet het land waar het overheidsaandeel in de financiering het hoogst is: bijvoorbeeld Luxemburg en de Scandinavische landen financieren de uitgaven voor gezondheidszorg nog meer via de overheden.

De tabel leert ons ook dat, in de loop van jaren, de overheidsfinanciering van de uitgaven voor gezondheidszorg in België afneemt. Van 78,5% in 1995, gaat dit naar 72,3 % in 2005. Indien de overheidsfinanciering vermindert, dan stijgt de facto de privé-financiering. We zijn dus getuige van een privatisering van de financiering van de gezondheidsuitgaven: 27,7% van de gezondheidsuitgaven worden dus gefinancierd door privé-verzekeringen of worden direct door de patiënt betaald.

Onderstaande tabel onderscheidt de bestanddelen van de privé-financiering en haar evolutie tussen 2000 en 2005. <sup>28</sup>

In miljoenen euro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Gemiddelde jaarlijkse groei
Patiënten	4.328,71	4.247,34	4.793,03	5.138,09	5.052,71	5.400,18	4,52%
	80,43%	78,57%	79,18%	78,57%	77,04%	77,34%	

<sup>28</sup> Assuralia, De nationale uitgaven in de gezondheidszorg, 4de editie, januari 2007

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Werkgevers	99,58	100	100,42	100,84	101,26	101,69	0,42%
	1,85%	1,85%	1,66%	1,54%	1,54%	1,46%	
Privé-verzekeringen	392,17	453,27	529,25	586,84	641,77	713,17	12,71%
	7,29%	8,38%	8,74%	8,97%	9,78%	10,21%	
Ziekenfondsen: aanvullende verzekeringen	561,32	605,47	630,8	713,55	763,12	767,74	6,46%
	10,43%	11,20%	10,42%	10,91%	11,63%	10,99%	
<b>Totaal van de privé-financiering</b>	<b>5.381,78</b>	<b>5.406,08</b>	<b>6.053,50</b>	<b>6.539,32</b>	<b>6.558,86</b>	<b>6.982,78</b>	<b>5,35%</b>

Privé-financieringsbronnen van de gezondheidsuitgaven

Bron: Assuralia, 2007

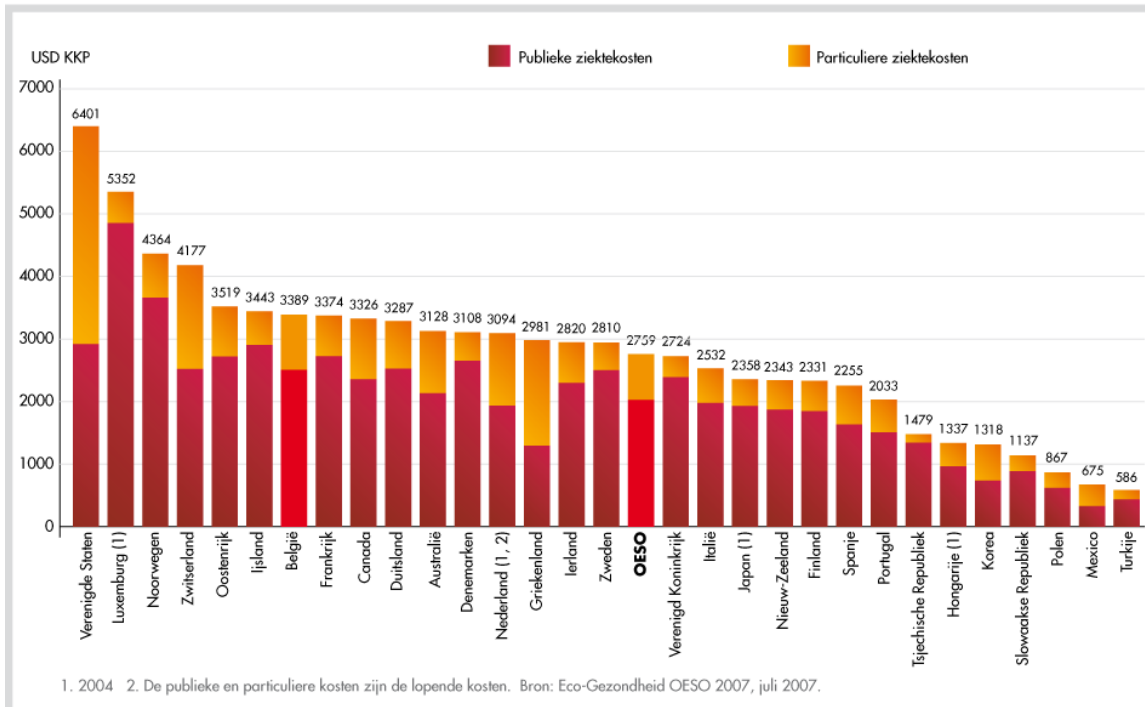
We stellen vast dat het privé-aandeel van de financiering van de uitgaven voor gezondheidszorg hoofdzakelijk direct door de patiënt gedragen wordt (77,34 % in 2005), en dat de rest gefinancierd wordt door de privé-verzekeringen (10,21%) en door de ziekenfondsen (10,99%). Het deel opgenomen onder de rubriek 'ziekenfondsen' betreft de hospitalisatieverzekeringen, de verzekeringen kleine risico's voor zelfstandigen, de ziekenwagendienst (transportkost voor zieken en gewonden) en terugbetaling van medische kosten voor dewelke de tussenkomst van de verplichte verzekering minimaal of zelfs onbestaande is.

In de loop van de jaren verhoogt het aandeel van de privé-verzekeringen en van de ziekenfondsen en die gaan aldus het aandeel dat direct door de patiënt betaald wordt gaandeweg vervangen (een jaarlijkse gemiddelde toename van respectievelijk 12,71% en 6,46%).

Onderstaande grafiek <sup>29</sup> maakt een vergelijking tussen het overheids- en het privé-aandeel in de gezondheidsuitgaven per inwoner voor het jaar 2005 voor verschillende OESO-landen. Hieruit blijkt dat België, met 3383 USD gezondheidsuitgaven per inwoner, zich boven het gemiddelde van de OESO-landen bevindt (2759 USD/inwoner).

<sup>29</sup> OESO, Department of health, Expenditure of health (total, public, private), 2007

## ZIEKTEKOSTEN PER INWONER, PUBLIEKE EN PARTICULIERE ZIEKTEKOSTEN, LANDEN VAN DE OESO, 2005



Bron: OESO, 2007

Op zich is het niet slecht dat de patiënt persoonlijk een fractie van de uitgaven voor gezondheidszorg voor zijn rekening neemt omdat dit toelaat de patiënt meer verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen bij zijn keuzes en zijn handelingen in verband met zijn gezondheid. Het zwakke punt in het Belgische gezondheidssysteem waar we kunnen op wijzen, is dat het feit dat de patiënt een deel van de uitgaven voor zijn rekening neemt niet voortkomt uit een weloverwogen keuze om hem te responsabiliseren, maar enkel uit budgettaire overwegingen. De waargenomen evoluties zijn dus niet het gevolg van een doordacht beleid om de patiënt te responsabiliseren, maar zijn enkel en alleen het resultaat van een budgettair beleid.

**3.1.3 Een sector van de gezondheidszorg die de sociale zekerheid kannibaliseert**

Historisch gezien waren de sociale zekerheidsbijdragen (RSZ) volgens een vooraf bepaalde verdeelsleutel verspreid over de verschillende takken van de sociale zekerheid. Een bediende uit de privésector of een contractueel van de openbare sector betaalt 13,07% persoonlijke bijdragen, waarvan 3,55% voor de gezondheidszorg. De werkgever betaalde 3,80% voor de gezondheidszorg van de 32,36% (bedienden) of 38,36% (arbeiders).

Sinds 1995 is deze verdeelsleutel theoretisch, want de bijdragen worden globaal beheerd en toegewezen aan de verschillende sectoren in functie van hun financiële behoeften. Dit openbreken van de financiering tussen de verschillende takken van de sociale zekerheid heeft gemaakt dat de tak « gezondheidszorg » meer en meer aan belang heeft gewonnen. In 1980, ging 23% van de uitgaven van de sociale zekerheid naar gezondheidszorg. In 2006 is dit aandeel gestegen tot 35,5%.

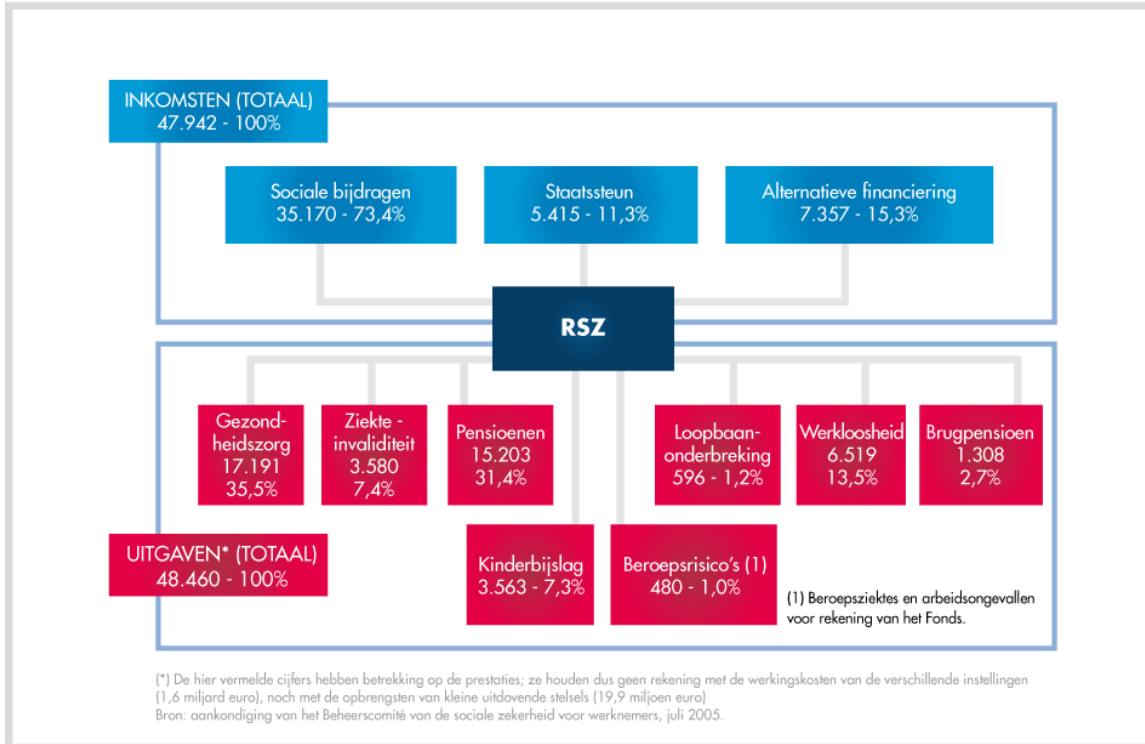
Het onderstaande schema geeft een idee van het aandeel van iedere tak van de sociale zekerheid: <sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> FEB, Regards croisés sur la sécu, magazine Forward, december 2005.

## ALGEMEEN BEHEER VAN DE SOCIALE ZEKERHEID

(2006, IN MILJOEN EURO EN IN % VAN DE TOTALE INKOMSTEN VAN 2006 OF VAN DE TOTALE UITGAVEN VAN 2006)



Bron: Planbureau - Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarrapport, juni 2007

### 3.1.4 Een tendens die door het effect van de vergrijzing nog zal versterken

De gezondheidsuitgaven zullen, zoals we het in het Eerste Deel reeds aangehaald hebben, de komende jaren blijven stijgen. Verschillende factoren zullen deze toename aanwakkeren, maar tot op heden maken deze het voorwerp uit van slechts een heel beperkt aantal prognoses.

Een element dat men wel bestudeerd heeft, is de vergrijzing van de bevolking die de uitgaven voor de gezondheidszorg zal doen groeien omdat deze stijgen met de leeftijd: de toename van de afhankelijkheidsgraad van de patiënten veroorzaakt immers een verhoogde nood aan zorgen.<sup>31</sup> De Studiecommissie voor

<sup>31</sup> Federaal Planbureau (Nicole Fasquelle, Maritza Lopez-Novella, Saskia Weemaes), conséquences budgétaires et sociales du vieillissement : des perspectives de long terme, février 2005

de Vergrijzing heeft een schatting gemaakt van de impact van de vergrijzing op de overheidsuitgaven.<sup>32</sup>

De voorspelling die het Planbureau gemaakt heeft, toont ons de belangrijke impact van de vergrijzing op de gezondheidsuitgaven aan. De uitgaven voor de gezondheidszorg die door de vergrijzing veroorzaakt zijn, zullen tussen nu en 2030 stijgen van 7% naar 9,2% en in 2050 tot 10,5% van het BBP. Zowel de acute gezondheidszorgen als de langdurige zorg zijn in deze simulatie opgenomen. We moeten hierbij opmerken dat men bij deze raming een zeer algemeen standpunt hanteert aangezien de langdurige zorg ook de thuisverpleging, het verblijf in rustoorden voor bejaarden, in rust- en verzorgingstehuizen, in psychiatrische verzorgingstehuizen en in beschutte woonplaatsen en bepaalde uitgaven voor hulp in het dagelijkse leven van hulpbehoevende bejaarden omvat.

Om het hoofd te bieden aan deze evolutie, dringt de Studiecommissie voor de Vergrijzing aan op een trager groeiritme van de uitgaven voor de gezondheidszorg vanaf 2008. Voor de voorspelling op lange termijn (2009-2030), beveelt de Studiecommissie een jaarlijks gemiddelde groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg aan van 2,8%, exclusief inflatie. Dit ligt duidelijk lager dan de uitgaven die we nu kennen.

Dit wordt een lastige taak, want de vergrijzing is niet het enige element in de evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Een studie van de Christelijke Mutualiteiten (2005)<sup>33</sup> heeft aangetoond dat 38,7% van de evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg tussen 1990 en 2000 te maken had met de inflatie terwijl 30,4 % van deze stijging veroorzaakt wordt door een « prijseffect ». Eigenlijk gaat het hier om de herwaardering van de prestaties en de technologische evolutie.

De verspreiding van de medische technologieën blijkt een van de belangrijkste factoren te zijn in de stijging van de gezondheidsuitgaven in België, maar dit is

---

<sup>33</sup> Christelijke Mutualiteiten (Léonard C. en Avalosse H.), Effets du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de santé – essai de clarification, 2005.

ook het geval in de andere OESO-landen. Zo heeft de OESO (2007)<sup>34</sup> recent vastgesteld dat «het aantal beeldvormingapparaten met magnetische resonantie (MRI), die gebruikt worden om talrijke ziekten te diagnosticeren, sinds het begin van de jaren '90 gemiddeld meer dan verviervoudigd is in de OESO-landen. Het aantal CT-scanners in België, dat eveneens gestegen is tijdens het afgelopen decennium, ligt echter veel hoger dan het gemiddelde van de OESO-landen». Deze technologische evolutie zorgt omwille van verschillende redenen voor een forse stijging van de uitgaven:

- deze nieuwe technologieën zijn duurder (de prestatie kost dus meer)
- deze technologieën maken minder invasieve chirurgische ingrepen mogelijk die dus kunnen uitgevoerd worden bij oudere patiënten (de belangrijkste doelgroep)
- deze technieken laten een nog vroegtijdiger opsporing van ziekten toe (toename van de doelgroep).

### **3.1.5 Een besteding van de uitgaven die ten voordele van bepaalde posten evolueert**

Welke sectoren hebben de afgelopen jaren de sterkste stijging gekend? Tegen alle verwachtingen in, is het niet de geneesmiddelensector die de sterkste stijging gekend heeft, maar wel de absolute waarde van de medische honoraria (168 miljoen euro meer per jaar). De sector van de rusthuizen (rust- en verzorgingstehuizen / rustoorden voor bejaarden / dagverzorgingscentra) (+10,44% per jaar), de maximumfactuur (+25,39%) en de forfaits voor chronische ziekten (+22,54 %) kennen de grootste groeipercentages.

<b>In miljoen euro</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2003</b>	<b>2006</b>	<b>Gem. Jaarlijkse groei</b>	<b>Gem absolute jaarlijkse groei</b>
Klinische biologie	666,7	688,5	707,0	815,9	915,2	3,23%	25,0
Medische beeldvorming	621,5	619,5	657,0	749,7	866,4	3,38%	24,5
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	815,7	871,7	908,1	1.113,3	1.364,4	5,28%	54,9
Speciale verstrekkingen	734,8	738,3	780,1	904,5	984,3	2,97%	24,9
Heelkunde	568,4	583,2	614,8	740,3	820,5	3,74%	25,2
Gynaecologie - verloskunde	50,7	49,8	53,8	63,6	71,7	3,52%	2,1

<sup>34</sup> OESO, Ageing and the diffusion of new technologies – Challenges for OECD social and health care systems, 2005.

*Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming*

Toezichtshonoraria	150,5	155,6	164,5	211,9	241,2		4,83%	9,1
Andere medische honoraria	5,4	1,2	20,2	24,4	28,7	n.a.		n.a.
<b>Totaal honoraria geneesheren</b>	<b>3.612,7</b>	<b>3.707,8</b>	<b>3.905,5</b>	<b>4.623,6</b>	<b>5.292,3</b>		<b>3,89%</b>	<b>168,0</b>
<b>Honoraria voor tandheelkundigen</b>	<b>346,7</b>	<b>380,2</b>	<b>394,8</b>	<b>474,6</b>	<b>549,8</b>		<b>4,72%</b>	<b>20,3</b>
<b>Thuisverpleging</b>	<b>407,2</b>	<b>472,1</b>	<b>510,9</b>	<b>658,7</b>	<b>799,5</b>		<b>6,98%</b>	<b>39,2</b>
Specialiteiten afgeleverd in officina's	1.230,1	1.442,0	1.580,1	2.011,3	2.155,1		5,77%	92,5
Spec. afgeleverd aan niet-gehosp. RH	99,3	131,0	146,8	326,6	477,8		17,01%	37,8
Spec. afgeleverd aan gehosp. RH	375,6	379,7	394,8	474,6	503,0		2,96%	12,7
Magistrale recepten	87,3	50,9	55,1	46,2	42,2		-7,02%	-4,5
Andere farmaceutische verstrekkingen	73,5	77,0	84,8	96,2	126,4		5,56%	5,3
<b>Totaal farmaceutische verstrekkingen</b>	<b>1.865,8</b>	<b>2.080,6</b>	<b>2.261,6</b>	<b>2.954,9</b>	<b>3.304,3</b>		<b>5,88%</b>	<b>143,8</b>
<b>Kinesithherapie</b>	<b>334,5</b>	<b>369,1</b>	<b>381,5</b>	<b>370,5</b>	<b>427,8</b>		<b>2,49%</b>	<b>9,3</b>
<b>Bandagisten</b>	<b>35,5</b>	<b>37,1</b>	<b>44,1</b>	<b>59,8</b>	<b>72,5</b>		<b>7,41%</b>	<b>3,7</b>
<b>Orthopedisten</b>	<b>52,4</b>	<b>57,1</b>	<b>62,6</b>	<b>82,5</b>	<b>99,7</b>		<b>6,65%</b>	<b>4,7</b>
<b>Implantaten</b>	<b>183,3</b>	<b>203,2</b>	<b>218,4</b>	<b>350,2</b>	<b>399,1</b>		<b>8,09%</b>	<b>21,6</b>
<b>Opticiens</b>	<b>6,7</b>	<b>7,2</b>	<b>7,3</b>	<b>9,7</b>	<b>10,9</b>		<b>4,98%</b>	<b>0,4</b>
<b>Audiciens</b>	<b>11,8</b>	<b>13,7</b>	<b>13,9</b>	<b>16,8</b>	<b>21,8</b>		<b>6,35%</b>	<b>1,0</b>
<b>Vroedvrouwen</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>7,1</b>	<b>9,6</b>		<b>6,58%</b>	<b>0,5</b>
<b>Verpleegdagprijs</b>	<b>2.724,7</b>	<b>2.644,2</b>	<b>2.811,5</b>	<b>3.452,2</b>	<b>3.768,3</b>		<b>3,30%</b>	<b>104,4</b>
<b>Forfait voor verpleegdag alg. ZH</b>	<b>100,7</b>	<b>127,5</b>	<b>144,7</b>	<b>108,5</b>	<b>129,0</b>		<b>2,50%</b>	<b>2,8</b>
Medische honoraria dialyse	73,9	85,6	87,8	109,4	112,9		4,32%	3,9
Dialyseforfait	58,8	68,3	70,0	92,1	102,7		5,73%	4,4
Thuisdialyse, dialyse in centrum	28,1	33,7	32,8	54,5	79,8		11,01%	5,2
<b>Dialyse</b>	<b>160,9</b>	<b>187,6</b>	<b>190,6</b>	<b>256,0</b>	<b>295,4</b>		<b>6,27%</b>	<b>13,5</b>
<b>RVT/ROB/Dagverzorgings-centra</b>	<b>623,0</b>	<b>698,0</b>	<b>781,5</b>	<b>1.318,8</b>	<b>1.681,8</b>		<b>10,44%</b>	<b>105,9</b>
<b>PVT</b>	<b>46,6</b>	<b>72,3</b>	<b>57,8</b>	<b>67,5</b>	<b>72,2</b>		<b>4,47%</b>	<b>2,6</b>
<b>Beschut wonen</b>	<b>11,3</b>	<b>15,8</b>	<b>16,0</b>	<b>21,6</b>	<b>26,6</b>		<b>8,95%</b>	<b>1,5</b>
<b>Regularisaties</b>	<b>-50,4</b>	<b>-60,0</b>	<b>-71,6</b>	<b>-64,2</b>	<b>-93,6</b>		<b>6,39%</b>	<b>-4,3</b>
<b>Maximumfactuur / Franchise</b>	<b>30,1</b>	<b>17,8</b>	<b>17,2</b>	<b>150,4</b>	<b>288,9</b>		<b>25,39%</b>	<b>25,9</b>
<b>Revalidatie, MPC, BSF</b>	<b>192,7</b>	<b>210,1</b>	<b>213,8</b>	<b>314,1</b>	<b>360,</b>		<b>6,45%</b>	<b>16,7</b>

[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

*Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?*

80

CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM



	1						
<b>Forfait voor verpleegdag in psych. ZH</b>	0,4	0,4	0,7	1,2	-41,39%*	0,1*	
<b>Logopedie</b>	24,5	27,6	41,7	49,2	9,15%*	3,1*	
<b>Andere verblijfskosten en verplaatsing</b>	256,1	5,3	5,3	8,9	10,1	8,52%*	0,6*
<b>Chronische ziekten</b>	11,7	20,4	60,1	59,3	22,54%*	6,0*	
<b>Rest (paliatieve zorgen, militair ziekenhuis,...)</b>	5,8	7,0	38,2	99,5	n.a.	n.a.	
<b>Totaal</b>	10.957,3	11.294,0	12.028,1	15.383,7	17.735,3	4,93%	677,8

### 3.1.6 Een onvolmaakt mechanisme voor de samenstelling van het budget

Mogelijkerwijs, zijn de terugbetalingsbehoeften voor de nieuwe zorgen eindeloos en dit terwijl de middelen, onder andere door de groeinorm, beperkt zijn. De verdeling van de bijkomende middelen gebeurt nochtans volgens een zeer mechanische logica: men vertrekt vanuit de uitgaven van het vorige jaar en leidt daar een uitgavenniveau bij ongewijzigd beleid uit af (de technische ramingen), men kent aan iedere sector een indexmassa toe naargelang de index die in die sector gebruikt wordt. Indien er besparingen moeten gerealiseerd worden, of als er nog bijkomende middelen moeten verdeeld worden, dan gebeurt de verdeling van deze middelen vaak op een zeer arbitraire manier die gedictieerd wordt door de machtsspelletjes onder de actoren. De meest invloedrijke actoren zijn de ziekenhuizen, de artsen en de farmaceutische industrie. Daarbij komt nog dat de minister zijn stempel wil drukken op de gezondheidszorg.

*Deze 'syndicale' benadering van de verdeling van de middelen verhindert na te denken over de meest dringende behoeften waaraan moet voldaan worden (wat zou toelaten de toewijzing van de beschikbare middelen te oriënteren) en ze laat ook niet toe na te denken over de pertinentie van de keuzes en over een visie op lange termijn.*

*Dit gebrek aan langetermijnvisie en de behoefte van de laatste ministers om een spoor van hun aanwezigheid na te laten, hebben een progressieve verandering van ons ziekteverzekeringssysteem in een systeem van sociale bijstand*

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

teweegebracht. De terugbetalingcriteria voor de prestaties zijn steeds meer afhankelijk van het inkomen en niet langer van de ernst van de ziekte.

Een eerste voorbeeld van dit fenomeen is het invoeren van de verhoogde terugbetaling, eerst de WIGW-regeling (hoofdzakelijk gebaseerd op bepaalde hoedanigheden van de verzekerde), daarna de overgang naar het RVV statuut en ten slotte naar het recente OMNIO systeem. Deze systemen zijn steeds meer geënt op inkomenscriteria (een inkomen hebben dat een bepaald bedrag niet overschrijdt).

Het OMNIO statuut (wat in het Latijn "voor allen" betekent) laat de gezinnen met een laag inkomen toe te genieten van een voorkeurstarief (verhoogde tussenkomst) bij de terugbetaling van hun gezondheidszorgen. Dit statuut verschilt van het RVV statuut (ex-WIGW) door het feit dat de enige voorwaarde waar rekening mee gehouden wordt het inkomen is.

Een tweede voorbeeld is de invoering van de Maximumfactuur die een plafond bepaalt waarboven de patiënt zijn persoonlijke bijdrage (remgeld) terugbetaald krijgt. Dit plafond varieert naargelang het inkomen.

In miljoen euro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Jaarlijks gemiddelde toename
Terugbetaling remgeld in het kader van de maximumfactuur	43,29	49,09	81,35	204,86	230,13	235,47	40,31%

Bron: Assuralia, 2007

Hoewel deze maatregelen nuttig zijn om de bijdrage van de patiënten met de laagste inkomens te verlagen, zorgen ze voor globale coördinatieproblemen van het systeem. Het is namelijk zo dat bepaalde sectoren het remgeld ten laste van de patiënt verhogen om een besparing te realiseren terwijl in werkelijkheid, aangezien het remgeld terugbetaald wordt door de Maximumfactuur (Maf), de besparing voor het budget van de ziekteverzekering eerder miniem is...

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Deze sectoriele benadering laat niet toe een echt gezondheidsproject te ontwikkelen en ook niet om aan het gezondheidszorgsysteem een dimensie van openbare gezondheid te geven. Op dit moment, wordt een innovatief geneesmiddel niet terugbetaald wanneer het specifieke budget voor geneesmiddelen uitgeput is en dit terwijl dit geneesmiddel bijvoorbeeld zou toelaten de frequentie en de duur van ziekenhuisopnames te verminderen.

Gezien het gebrek aan een globale benadering en de syndicale onderhandelingen op het niveau van subsectoren, wordt het systeem steeds bureaucratischer en overdreven complex: de geneesmiddelenwetgeving die constant verandert (vb: de wetgeving op de protonpompinhibitoren), de echelonnering van de zorgverlening en de verhoogde terugbetaling bij een eerste raadpleging van een specialist na doorverwijzing door een huisarts, de gedifferentieerde terugbetaling in functie van het statuut (Omnio, WIGW), ...

Men zou andere benaderingen, die meer gericht zijn op de openbare gezondheid, de pathologieën, de coördinatie en de continuïteit van de zorgen moeten overwegen. Het model van verticale budgettaire « silo's » zou moeten omgevormd worden ten voordele van een meer dynamisch, minder rigide model dat de meest performante methodes die in het domein van de Gezondheidseconomie ontwikkeld zijn, integreert.

## **3.2 De kwaliteitsdoelstelling komt onvoldoende tot uiting**

### **3.2.1 Inleiding**

**De intrinsieke moeilijkheid om de kwaliteit in te schatten** verklaart ongetwijfeld waarom men deze vraag gedurende zeer lange tijd ontweken heeft in onze gezondheidssystemen. De burger-patiënt ondervindt veel moeilijkheden om de kwaliteit van het gezondheidssysteem en van de verleende zorgen te bevatten. In de gezondheidszorg bestaat er inderdaad een groot verschil tussen de gepercipieerde kwaliteit en de objectieve kwaliteit. De door de burger-patiënt gepercipieerde kwaliteit beoordeelt meestal de kwaliteit van de gezondheidszorg op basis van perifere elementen: vriendelijkheid van het verzorgend personeel, kwaliteit van het voedsel, voorkomen of reputatie van de zorgverlener. De

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

objectieve kwaliteit is echter moeilijk meetbaar en moeilijker te schatten omdat zij bestaat uit een serie factoren die door de burger-patiënt moeilijk kunnen geëvalueerd worden (kwaliteit van de chirurgische ingreep, hygiëne van het operatiekwartier...) . Een negatieve evaluatie dringt zich meestal pas op als er, ten gevolge van de tussenkomst, een ernstig probleem opduikt.

Zoals het OESO-rapport<sup>35</sup> onderstreept, wordt **het belang om even stil te staan bij de kwaliteit** in vele studies benadrukt:

- Oneigenlijk gebruik van procedures: onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat, sinds 1980, bepaalde procedures voor chirurgische ingrepen gebruikt worden terwijl het wetenschappelijk aangetoond is dat het risico groter is dan het te verwachten resultaat.
- Te weinig gebruik van efficiënte praktijken: er is op vandaag algemeen bewezen dat efficiënte standaardbehandelingen niet veralgemeend worden in de dagelijkse praktijk. Zo is er duidelijk bewezen dat na een acuut myocardinfarct, een behandeling met aspirine en bètablokkers doeltreffend is. Nochtans heeft een studie aangetoond dat dit in de Verenigde Staten slechts op 72% van de patiënten wordt toegepast.
- Medische fouten: het ontdekken van een alarmerend hoog aantal medische fouten maakt de burger-patiënt en het geheel van gezondheidsactoren steeds meer bewust van het probleem. Zo heeft het rapport van de *Institute of Medicine*, dat door Clinton in 1999 aan de administratie bevolen is, aangetoond dat de medische fout de achtste doodsoorzaak van de Verenigde Staten geworden is en daarmee belangrijker is dan de verkeersongevallen en borstkanker. In het Verenigd Koninkrijk telt men jaarlijks veertigduizend doden. In december 2006 publiceerde het *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* de resultaten van een onderzoek dat aantoonde dat in Frankrijk jaarlijks « 125 000 tot 205 000 ziekenhuisverblijven, veroorzaakt door ongewenste gebeurtenissen, die met zorgverlening te maken hebben, zouden kunnen vermeden worden ».

---

<sup>35</sup> Towards High-Performing Health Systems – OESO 2004

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

- Hygiëne- of organisatieproblemen: onlangs hebben studies de organisatieproblemen, de coördinatieproblemen en vooral het schrijnend gebrek aan hygiëne in bepaalde instellingen aangetoond.

**De definities van kwaliteit** en de dimensies die ze omvat zijn zeer talrijk en gevarieerd. Om het doel en de grenzen van onze analyse duidelijk af te bakenen, weerhouden we enkel de verschillende soorten kwaliteitsmaatregelen<sup>36</sup> zoals geïnventariseerd in het project HCQI ( Health Care Quality Indicator ) van de OESO, dat in 2001 van start is gegaan en in 2006 geleid heeft tot het " Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper". 23 landen hebben aan dit onderzoek deelgenomen en het voorgestelde conceptueel schema is de synthese van de ervaringen in termen van kwaliteitsindicatoren van het geheel van de deelnemende landen. Het is dus gebaseerd op de praktijkervaring die de lidstaten opgedaan hebben in de evaluatie van de kwaliteit van de zorgverlening.

**De kwaliteit kan aan de hand van drie aspecten gemeten worden:**

- De structuurindicatoren (zijn de artsen voldoende gekwalificeerd of zijn de ziekenhuizen voldoende uitgerust) geven de indicatoren van de kenmerken, van de input van het systeem weer. Ze kunnen noodzakelijke voorwaarden voor het leveren van kwaliteitszorgen weergeven, maar dit volstaat niet. Hun aanwezigheid garandeert niet dat de gepaste processen uitgevoerd worden of dat er bevredigende resultaten geboekt worden.
- De procesindicatoren geven de mate waarin de zorgen op een aangewezen of niet aangewezen wijze worden toegediend weer (het al dan niet aangewezen karakter vloeit voort uit de klinische bewijzen of uit de instemming van de medische wereld met de doeltreffendheid van het proces).
- De resultaatsindicatoren (zoals het aantal nosocomiale infecties opgelopen in het ziekenhuis of de overlevingsgraad een jaar na een myocardinfarct) pogen de verbetering of de achteruitgang van de gezondheid als gevolg van de zorgen te meten.

In dit hoofdstuk zullen we ons concentreren op het derde soort indicatoren: de resultaatsindicatoren. Internationale vergelijkende statistieken op het gebied van

---

<sup>36</sup> Health Care Quality Indicators Project – Edward Kelley and Jeremy Hurst – OESO 2006

kwaliteit zijn immers weinig talrijk en ze concentreren zich in hoofdzaak op de resultaatsindicatoren.

Gedurende lange tijd was men in talrijke landen van oordeel dat de overheid niet moest tussenkomen op het gebied van kwaliteit. Kwaliteit wordt ervaren als een zaak voor gezondheidsprofessionals die zorgen voor autoregulering en die een maximale kwaliteit bereiken. De grote verschillen die men vaststelt in de praktijk binnen eenzelfde land en ook tussen de verschillende landen, tonen de noodzaak van een externe regulering die op verschillende manieren kan uitgevoerd worden aan: controles, normen, het ter beschikking stellen van informatie op het Internet...

De studies tonen aan dat de rijkste lagen van de bevolking een beter zicht op de kwaliteit hebben doordat ze systematischer informatie verzamelen en keuzes maken. De overheden zullen dus bijzonder veel aandacht moeten besteden aan het garanderen van informatie- en beschermingsmechanismen die voor iedereen toegankelijk zijn. We behandelen dit aspect in het tweede deel van dit rapport onder het luik responsabilisering.

### **3.2.2 De tegenstelling tussen de tevredenheid van de Belgen en de internationale studies**

**De Belgen zijn internationaal gezien bij de meest tevredenen over hun gezondheidssysteem, maar internationale vergelijkingen wijzen duidelijk op “weinig overtuigende kwalitatieve resultaten”. Er bestaat dus een significantief verschil tussen de gepercipieerde kwaliteit en de objectieve kwaliteit.**

*In vergelijking met het geheel van Europese burgers, evalueren de Belgen de kwaliteit van hun gezondheidssysteem zeer positief.*

Een Europese enquête<sup>37</sup> over de levenskwaliteit werd uitgevoerd in de 25 lidstaten van de Europese Unie en in de drie kandidaat lidstaten. Deze enquête handelde over acht parameters: de economische situatie, de huisvesting, de tewerkstelling, de familiale structuur, het evenwicht tussen werk en privéleven, de gezondheid en

---

<sup>37</sup> Quality of life in Europe – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

de gezondheidszorg, het welzijn en de gepercipieerde kwaliteit van de maatschappij. In elk van deze landen heeft een steekproef van 1000 mensen ouder dan 18 jaar op deze enquête geantwoord.

Voor wat het luik Gezondheid betreft, luidde de 54<sup>ste</sup> vraag: “Hoe evalueert u over het algemeen de kwaliteit van de openbare diensten (gezondheidsdiensten, sociale diensten) in uw land? Kunt u een cijfer geven van 1 tot 10 waarbij 1 een zeer slechte en 10 een zeer hoge kwaliteit betekent”?

De resultaten van deze enquête (cf. onderstaande tabel) tonen aan dat België met een score van 7,6 enkel voorafgegaan wordt door Oostenrijk met een score van 8,1.

<b>Land</b>	<b>Evaluatie Kwaliteit</b>
Oostenrijk	8,1
België	7,6
Finland	7,3
Frankrijk	7,1
Luxemburg	7,1
Denemarken	7
Nederland	6,7
Zweden	6,7
Malta	6,7
Duitsland	6,5
Verenigd Koninkrijk	6,4
Spanje	6,3
Cyprus	6,1
Italië	5,8
Republiek Tsjechië	5,8
Estland	5,8
Slovenië	5,7
Ierland	5,3
Hongarije	5,3
Letland	5,2
Griekenland	5,1
Litouwen	5,1
Portugal	4,9
Polen	4,7
Slowakije	3,7

Bron: Quality of life in Europe – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

87

**CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM**

Indien we echter de internationale studies onderzoeken, die de gezondheidszorg in Europa evalueren, dan merken we dat de resultaten van België niet voor alle criteria goed zijn en zeker niet wat betreft de kwaliteit.

De studie verricht door het "Health Consumer Powerhouse" <sup>38</sup>verklaart in haar eindconclusie dat "België zich onderscheidt door zijn toegankelijkheid, maar weinig overtuigende kwalitatieve resultaten boekt".

De studie vergelijkt de 27 Europese lidstaten plus Zwitserland en Noorwegen. België haalt goede resultaten voor het onthaal van de patiënten en voor de wachttijd die men moet doorlopen voor een behandeling ... Wat echter de kwalitatieve indicatoren betreft, zijn de resultaten niet briljant.

Hierna vindt u de kwalitatieve indicatoren, komende van verschillende Europese studies, die middelmatige of zelfs slechte kwalitatieve resultaten aantonen:

- sterftecijfer ten gevolge van een hartaanval
- kindersterfte
- overlevingskans vijf jaar na kanker
- te vermijden sterfte - aantal potentieel verloren levensjaren
- nosocomiale infecties

De slechte resultaten in termen van kwaliteit die België in vergelijking met de andere landen in dit klassemment behaalt, bezorgen België slechts de tiende plaats in het algemeen klassemment, en dit ondanks de goede scores die het in andere categorieën behaalt.

Die resultaten worden bevestigd door de statistieken van de OESO en door de studie die het Fraser Institute uit Canada op die basis gerealiseerd heeft. <sup>39</sup>. Ook

---

<sup>38</sup> Euro Health Consumer Index – Health Consumer Powerhouse - 2007

<sup>39</sup> How Good Is Canadian Health Care? 2007 Report An International Comparison of Health Care Systems Nadeem Esmail and Michael Walker



***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

al moeten we deze statistieken met de grootst mogelijke voorzichtigheid analyseren en interpreteren, toch is het opmerkelijk vast te stellen dat België zich voor het geheel van beschikbare indicatoren tussen de 15<sup>de</sup> en 20<sup>ste</sup> plaats op 28 landen bevindt. Dit betekent dat België zich onderaan het klassement bevindt. Zelfs al kan men zich voor elk van deze tabellen afzonderlijk de vraag stellen of ze pertinent is en of er een invloed van het gezondheidssysteem op de indicator is, toch is de convergentie van de indicatoren betekenisvol en moet dit ons tot nadenken stemmen.

Doeltreffendheid van de gezondheidssystemen in de OESO-landen-Tabel integraal overgenomen van de studie van Fraser <sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Idem

## SAMENVATTING TABEL 1: PRESTATIES VAN GEZONDHEIDSZORGSYSTEMEN IN OESO-LANDEN

Mortaliteit gebaseerd op bevolkingsstatistieken				Mortaliteit nauw verwant met de efficiëntie van gezondheidszorg ("Indicatoren ziekteniveau")				
	Levensverwachting zonder handicaps / Levensverwachting positie 2002	Kindersterfte positie 2004	Perinatale sterfte positie 2004	Mortaliteit volgens positie gezondheidszorg 2002	Mogelijke verloren levensjaren positie 2003	Mortaliteit borstkanker positie 2002	Gecombineerde mortaliteit karteldarm-/endeldarmkanker positie 2002 (1)	Cumulatieve positie
Australië	15	20	2	2	6	5	2	1
Japan	3	1	1	3	2	11	4	2
Sweden	1	3	9	6	4	1	9	2
Canada	17	22	15	4	9	10	2	4
IJsland	15	1	5	16(2)	1	4	7	5
Italië	4	11	8	5	8	11	5	6
Zwitserland	10	14	25	16(2)	3	9	1	6
Frankrijk	13	8	27	1	12	6	11	8
Finland	4	5	9	11	7	2	14	9
Noorwegen	8	4	5	8	5	8	14	10
Luxemburg	4	8	11	16(2)	11	6	6	11
Korea	26	22	7	17	19	3	7	12
Nieuw-Zeeland	23	24	19	13	18	13	10	13
Oostenrijk	10	18	14	10	13	16	17	14
Duitsland	1	11	13	15	16	14	12	15
Griekenland	18	11	16	12	9	17	19	15
Spanje	9	10	11	7	14	21	18	17
Nederland	7	16	18	9	14	23	16	18
Verenigd Koninkrijk	20	21	19	18	21	15	13	19
België	18	15	17	16(2)	18(2)	18	20	20
Ierland	22	19	24	16	17	24	21	21
Denemarken	13	16	22	14	20	21	25	22
Portugal	21	7	4	19	22	19	23	23
Polen	27	26	23	20	24	20	22	24
Turkije	28	28	28	16(2)	18(2)	28	28	25
Tsjechische Republiek	10	6	3	21	23	25	24	26
Slowaakse Republiek	25	26	19	22	25	27	26	27
Hongarije	23	25	26	23	26	26	27	28

(1) Gecombineerde mortaliteit is het gemiddelde van de mortaliteitspercentages voor mannen en vrouwen.

(2) Niet alle informatie was voor alle landen beschikbaar. Wanneer de gegevens niet beschikbaar waren, werd de positie van de gemiddelde waarden ingevuld.

Bronnen: OESO, 2007; Ferlay et al., 2004; WGO, 2006; berekeningen door auteurs.

1. **Levenspercentage in goede gezondheid** = verhouding tussen de levensverwachting in goede gezondheid en de totale levensverwachting.

[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

90

CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM

*Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming*

2. **Kindersterfte** = aantal overlijdens van kinderen van minder dan 1 jaar per duizend geboortes.
3. **Perinatale sterfte** = aantal overlijdens van baby's jonger dan 7 dagen plus de overlijdens vanaf 28 weken zwangerschap.
4. **Sterfte te wijten aan de gezondheidszorgen en potentieel verloren levensjaren** niet pertinent voor België – gegevens niet beschikbaar
5. **Sterfte als gevolg van longkanker** = verhouding tussen het aantal sterftes te wijten aan longkanker en het geschatte aantal nieuwe gevallen van longkanker.
6. **Sterfte te wijten aan colon- en rectumkanker** = verhouding tussen het aantal overlijdens te wijten aan colon- en rectumkanker en het geschatte aantal nieuwe gevallen van colon- en rectumkanker.

**De nosocomiale infecties, opgelopen tijdens een ziekenhuisverblijf, met 2500 tot 3000 doden per jaar, vormen het meest opvallende voorbeeld. In bepaalde instellingen, vormen ze een reële bedreiging voor de volksgezondheid. Een tweede interessant voorbeeld zijn de moeilijkheden bij de hervorming van de ziekenhuiscardiologie.**

#### Nosocomiale infecties

In een antwoord aan de Senaat van 5 juli 2006,<sup>41</sup> geeft de Minister van Volksgezondheid aan dat er in België jaarlijks ongeveer **107 500 ziekenhuisinfecties** zijn, en dit enkel in de acute ziekenhuizen.

---

<sup>41</sup> Antwoord van de Minister van sociale zaken in de Senaat op 5 juli 2006 op de schriftelijke vraag van Dhr. Christian Brotcorne

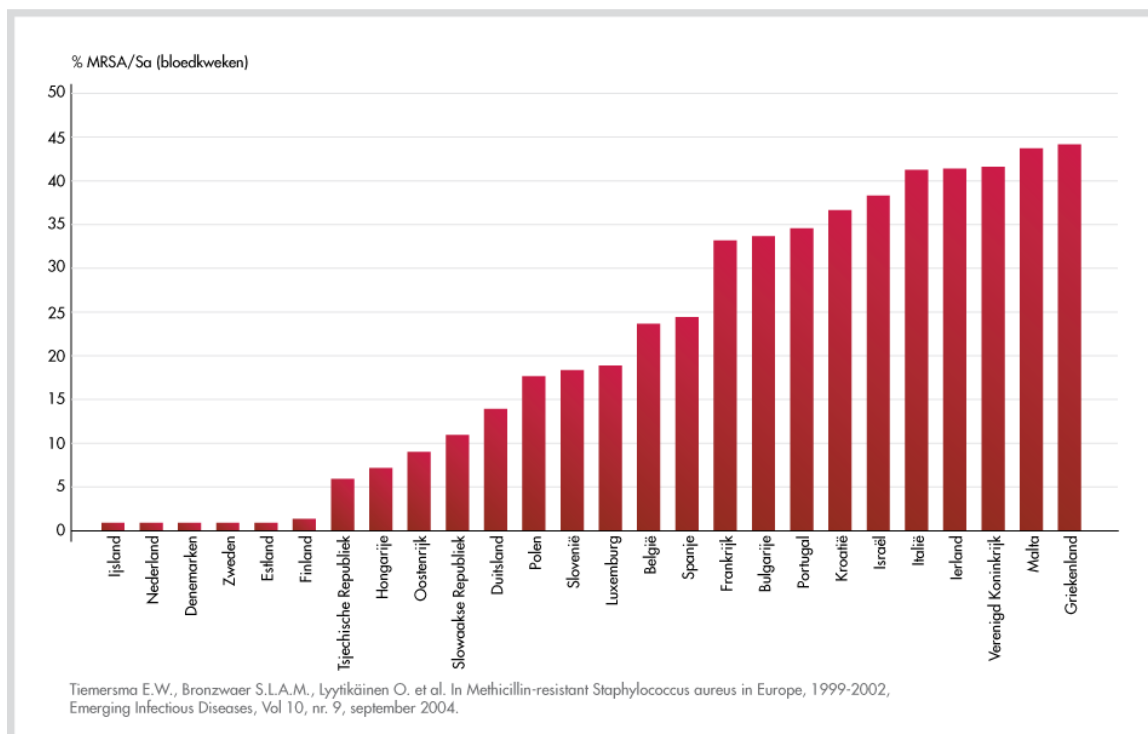
***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Die infecties verlengen de duur van de ziekenhuisopname, vereisen bijkomende diagnostische en therapeutische prestaties en verhogen de mortaliteit. De berekeningen die in deze nota voorkomen, wijzen op een jaarlijkse uitgave van 116 322 800 euro voor de bijkomende hospitalisatiedagen die aan deze infecties te wijten zijn. Deze meerkost omvat dan nog niet de bijkomende kosten die veroorzaakt worden door de bijkomende diagnose en therapie.

Overigens wordt het aantal overlijdens, die direct te maken hebben met een ziekenhuisinfectie, geschat op **2500 à 3000 per / jaar.**

De omvang van het probleem varieert van land tot land en het moet onze doelstelling zijn de landen met de laagste prevalentie te vervoegen: IJsland Nederland, Denemarken, Zweden.

**MRSA IN EUROPA**  
**EUROPEAN ANTIMICROBIAL RESISTANCE SURVEILLANCE SYSTEM 1999-2002**



Prevalentie van MRSA in Europa – Resultaten van de EARSS ( European Antimicrobial Resistance Surveillance System, 1999-2002)

Bron: Emerging Infectious Diseases, vol. 10 n°9 september 2004

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

92

**CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM**

Bepaalde ziekenhuizen zijn zeer actief in de aanpak van het probleem, maar er is geen enkele scoretabel ter beschikking om de burger-patiënt toe te laten de resultaten te vergelijken en om het oplossen van het probleem aan te moedigen.

Men heeft inspanningen gedaan ( platform over ziekenhuishygiëne, financiering van het kader...) maar men heeft de inspanningen overgelaten aan het vrije individuele initiatief en er bestaat geen enkele vorm van sanctionering of van regulering.

Een studie uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid<sup>42</sup> toont aan dat de nosocomiale infecties ook vaak voorkomen in de rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden. De studie vermeldt dat er in de 60 onderzochte RVT's een prevalentie is van 18,9% in België, van 17,6% in Vlaanderen, van 18,9% in Brussel en van 22% in Wallonië.

#### Hervorming van de ziekenhuiscardiologie

In België is men gestart met de hervorming van de ziekenhuiscardiologie om het aantal erkende centra voor hartchirurgie te beperken. Die hervorming, die van bij de aanvang een betere kwaliteit van de aan de patiënt verleende zorgen als doel had, komt in aanvaring met individuele financiële of strategische belangen van de ziekenhuizen: op die manier bereikt men een suboptimalisatie van het aantal en van de locatie van de centra. Het basisdoel botst op individuele belangen.

Deze hervorming van de cardiologie is een goede illustratie van een nieuw beleid dat op kwaliteit gericht is. Ze staat in contrast met het tot op heden traditioneel gevoerd beleid dat er enkel uit bestond de kwantiteit te verhogen. Dit beleid botst met de individuele belangen en zal slechtst ten volle de verwachte resultaten kunnen bereiken als de vooropgestelde doelstellingen streng en vastberaden worden nagestreefd. Dit vereist een reflectie op de uitvoeringsvoorwaarden om de strategieën, die er op uit zijn de maatregel te kelderden, uit te sluiten of toch minstens sterk te beperken.

---

<sup>42</sup> Fréquences et facteurs de risque associés au portage de MRSA dans les MRS – Jans Béatrice – Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – mei 2005

### **3.2.3 De afwezigheid op nationale schaal van formele kwaliteitsgarantiemechanismen**

**Het Belgische gezondheidsbeleid is sinds meer dan dertig jaar voornamelijk gericht op het budget en op de billijkheid, maar heeft het luik kwaliteit verwaarloosd: er bestaat immers geen enkel kwaliteitsplan op nationale schaal.**

**Kwaliteit werd gedurende zeer geruime tijd beschouwd als de bevoegdheid van de zorgverleners. De tussenkomst van de openbare overheden is, in die context, zeer beperkt gebleven.**

**Dit betekent niet dat men geen enkele inspanning geleverd heeft op individueel vlak. Veel instellingen en veel zorgverleners hebben ten persoonlijke titel kwaliteitsinitiatieven genomen. Maar deze stappen werden overgelaten aan het vrije initiatief. Dit betekent dat niet alle zorgverleners en gezondheidsinstellingen dezelfde inspanningen leveren om de kwaliteit te verbeteren.**

De ziekenhuiswet van 1963 had vier hoofddoelstellingen:

- gratis ziekenhuiszorgen bieden aan alle verzekerden
- de financiële leefbaarheid van de openbare- en de privé-ziekenhuizen verzekeren
- planning introduceren in de ziekenhuissector
- de kwaliteit van de zorgen verbeteren door het gebruik van normen en de accreditatie

De drie eerste doelstellingen zijn gedurende 40 jaar een constante zorg geweest en zijn sterk aanwezig in alle wetten en besluiten betreffende de gezondheidssector. De dimensie kwaliteit is echter zeer beperkt en weinig aanwezig.

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

De European Observatory on Health Systems and Policies <sup>43</sup> toont aan dat er kwaliteitsinitiatieven bestaan in België, maar dat ze zeer beperkt blijven:

1. De accreditatie van de artsen is de enige dimensie die het observatorium in zijn rapport van 2005 aanhaalt in verband met kwaliteit – De accreditatie laat het artsenkorps toe van hogere honoraria te genieten onder de volgende accreditatievoorwaarden: 1250 contacten per jaar, deelname aan een lokale peer review groep, permanente vorming en bijhouden van een individueel medisch dossier.
2. De in het rapport aangehaalde Nationale Surveillance van Ziekenhuisinfecties blijft te vertrouwelijk, is niet veralgemeend tot het geheel van ziekenhuizen en is gebaseerd op zelfevaluatie.
3. De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie is belast met het bevorderen van de kwaliteit door goede medische praktijken aan te moedigen en door indicatoren voor overconsumptie aan te leveren. Het accent wordt hier echter meer op de financiering dan op een intrinsiek streven naar kwaliteit gelegd.

Deze afwezigheid van of dit gebrek aan kwaliteitsbeleid staat in fel contrast tot het kwaliteitsbeleid dat men in andere landen gevoerd heeft. Zo heeft Frankrijk talrijke maatregelen getroffen die nu hun vruchten afwerpen:

- invoering van een nationaal agentschap belast met de kwaliteit
- uitwerking van een echt kwaliteitsplan op nationale schaal
- nationale classificatie van de ziekenhuizen op basis van performantie- en kwaliteitsindicatoren
- het via Internet aan de burgers ter beschikking stellen van scoretabellen betreffende de nosocomiale infecties; deze scoretabellen laten de patiënt toe de situatie in verschillende ziekenhuizen te vergelijken en zorgen voor wedijver tussen de ziekenhuisinstellingen

---

<sup>43</sup> Health System in transition – Belgium Health System Review – Dirk Corens

- participatie van de burgers-patiënten in de beleidsorganen

Het KCE onderstreept dat landen zoals Australië, Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Nederland een kwaliteitsmeting van de zorgen hebben ingevoerd door gebruik te maken van kwaliteitsindicatoren. Bepaalde landen hebben enkel het doel de kwaliteit te controleren en te verbeteren, terwijl anderen deze systemen gebruiken als basis van de financiering van ziekenhuizen. Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelt het volgende:

**« België heeft de beste gezondheidszorg van de wereld. Een vaak gehoorde stelling. Bewijzen kunnen we die stelling niet, want we meten de kwaliteit van onze gezondheidszorg niet systematisch. »<sup>44</sup>**

**Er is heel weinig externe kwaliteitscontrole zowel onder de vorm van een directe externe kwaliteitscontrole, het behalen van een kwaliteitslabel of het ter beschikking stellen van informatie betreffende de kwaliteit.**

De kwaliteitscontroles beperken zich tot het hernieuwen van de erkenning, toegekend door de Gemeenschappen. Behalve in extreme gevallen, leidt deze controle slechts uitzonderlijk tot sancties en dit omdat deze sancties de gehele hernieuwing van de erkenning betreffen. Meestal is de mogelijkheid tot sanctioneren beperkt tot de duur van de hernieuwing van de erkenning en dus tot de frequentie van de uitgevoerde bezoeken. De ziekenhuislobby's die in de Erkenningscommissies vertegenwoordigd zijn, verdedigen met succes hun leden en beperken aldus de mogelijkheid tot sanctioneren.

Het ontbreken van controle kan tot ernstige tekortkomingen leiden. De toestand waarin de operatiekwartieren in ons land zich bevinden is sterk uiteenlopend: sommigen zijn van een onberispelijke kwaliteit, maar anderen kennen ernstige architecturale, kwalitatieve en organisatorische tekortkomingen.

### **3.2.4 De noodzaak om van een middelenlogica over te stappen naar een resultatenlogica**

<sup>44</sup> Persbericht Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg – 19.10.2006



In België heeft men heel lang gedacht dat het ter beschikking stellen van de middelen volstond om resultaten te garanderen. Alle aandacht ging dus naar de middelen, zonder het accent te leggen op de noodzaak de resultaten te analyseren en de informatie over deze resultaten mee te delen.

De internationale vergelijkingen citeren de reactiviteit van ons systeem (afwezigheid van wachtlijsten, mogelijkheid om een tweede opinie te vragen) en de positieve effecten hiervan op de gezondheid van de patiënt als pluspunt. Een belangrijk en algemeen erkend sterk punt van ons systeem is ook dat de patiënt over de vrije keuze van arts (generalist en/of specialist) en ziekenhuis beschikt.

Maar deze troef wordt sterk beperkt door het feit dat de burger-patiënt in zijn vrije keuze niet over verhelderende informatie beschikt die hem toelaat een selectie te maken tussen de zorgverleners en de diensten die de best mogelijke kwaliteit bieden. De burgers beschikken niet over vergelijkende gegevens betreffende de kwaliteit.

Indien men wil overschakelen van de logica van «kampioen van de reactiviteit» naar een logica van «kampioen van de kwaliteit», dan is het nodig over te stappen van een middelenlogica naar een kwaliteitslogica. Dit houdt in dat men informatie betreffende de kwaliteit moet vergaren en ter beschikking stellen: het delen van informatie laat de burger-patiënt toe zijn keuze te verhelderen en speelt een stimulerende rol voor het geheel van zorgverleners.

### **3.3 Het aanbod moet evolueren**

#### **Inleiding**

In dit hoofdstuk zullen we niet zozeer de materiële dan wel het personeelsbeheer onder de loep nemen. België beschikt historisch over een groot potentieel aan arbeidskrachten in de gezondheidssector, op sommige niveaus spreekt men zelfs van een overaanbod.

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Toch zullen zich voor verschillende beroepen in de gezondheidszorg op zeer korte tot middellange termijn problemen stellen om zorgvraag en zorgaanbod in evenwicht te houden of te brengen. Zo kan men zich afvragen of de huidige contingentering van het artsenberoep nog nuttig en/of nodig is of eerder een gevaar vormt voor het ontstaan van ernstige tekorten aan artsen in de toekomst. Zullen er op middellange termijn nog genoeg verpleegkundigen zijn? Hoe moedigen we jongeren aan voor het beroep van verpleegkundige te kiezen en hoe motiveren we ouderen om in het beroep te blijven? Zal men erin slagen de grote interesse in zorgkundige opleidingen om te zetten tot een vlottere doorstroming naar de arbeidsmarkt?

Binnen de gezondheidszorg staan gezondheidswerkers en zorginstellingen echter ook niet op zich. In het kader van een meer geïntegreerde zorgverlening naar de patiënt toe is te verwachten dat nieuwe samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners onderling (bijvoorbeeld groepspraktijk) en tussen zorgverleners en zorginstellingen (bijvoorbeeld zorgnetwerken) nog aan belang zullen toenemen. Bij deze samenwerking wordt trouwens de patiënt zelf ook steeds meer en meer betrokken, maar echte participatie van de patiënt aan het gezondheidsbeleid staat nog in de kinderschoenen.

Ook thuiszorg, en dan meer bepaald de zorg voor ouderen in het thuismilieu, is in België momenteel nog (te) weinig ontwikkeld. In het licht van de toenemende vergrijzing lijkt een betere aangepaste wettelijke en financiële omkadering en een bredere uitbouw van de thuiszorg dan ook één van de belangrijkste uitdagingen van de volgende jaren te worden.

### **3.3.1 Een ernstig tekort aan artsen voor de toekomst**

	<b>Be</b>	<b>NI</b>	<b>Du</b>	<b>UK</b>	<b>ZEur</b>	<b>OEur</b>	<b>NEur</b>	<b>USA</b>	<b>Japan</b>
Aantal actieve artsen	4.00		3.41	2.34	3.80	2.29	3.27	2.66	1.98
Aantal actieve huisartsen <small>(OECD 2000)</small>	2.1	0.5	1.1	0.6				0.8	
Aantal actieve specialisten <small>(OECD 2000)</small>	1.8	0.9 <small>(2003)</small>	2.2					1.4	

Aantal = per 1000 inwoners

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Be=België; NI=Nederland; Du=Duitsland; UK=Groot-Brittannië; ZEur=Zuid-Europa met Spanje als voorbeeld; OEur=Oost-Europa met Polen als voorbeeld; NEur=Noord-Europa met Noorwegen als voorbeeld

Bron: OESO data tenzij anders vermeld <sup>45</sup>

In voorgaande tabel wordt het aantal actieve artsen (totaal huisartsen, specialisten) per 1000 inwoners weergegeven, voor België t.o.v. een aantal Europese landen, de Verenigde Staten en Japan. Met actieve artsen worden de artsen bedoeld die actief de geneeskunde beoefenen in de publieke of private sector en in de meeste landen worden hier de artsen in opleiding bijgeteld.

Toch zijn de cijfers voor de verschillende landen niet steeds volledig vergelijkbaar. Zo worden bijvoorbeeld in Spanje ook de tandartsen en stomatologen tot de artsen gerekend en vermeldt men in Noorwegen het aantal fulltime equivalenten i.p.v. het totale aantal artsen. Het Nederlandse cijfer omvat alle artsen die een praktijk mogen uitoefenen.

In tegenstelling tot in de meeste landen worden in België (en trouwens ook in de Verenigde Staten) ook de artsen werkzaam in de industrie, de administratie en research bij het aantal actieve artsen gerekend en deze categorieën zouden tot 12 à 25% van het totale aantal kunnen uitmaken. Een objectieve vergelijking tussen België en de andere landen veronderstelt dan ook dat men het Belgische cijfer met 12 tot 25% vermindert, wat het historisch hoge aantal artsen in België al sterk nuanceert en veel dichterbij het niveau van de buurlanden brengt.

Merk echter wel het opvallende verschil tussen België en de andere landen op voor wat betreft het aantal actieve huisartsen en specialisten: de gemiddelde cijfers voor alle OECD-landen samen bedroegen in 2000 0.8 huisartsen en 1.7 specialisten per 1000 inwoners. In België waren in deze periode 2.1 huisartsen en 1.8 specialisten per 1000 inwoners werkzaam.

Ook hier is echter weer voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van de cijfers tussen de verschillende landen, want de invulling van het beroep en het takenpakket van de huisarts kan zeer sterk variëren van land tot land.

---

<sup>45</sup> OECD Health Data 2000, 2003, 2005

Zowel op internationaal vlak (groei van 3% per jaar) als in België (stijging van 1.5 naar 3.2 artsen per 1000 inwoners) was er een explosieve groei in het aantal artsen tussen 1970 en 1990. Om dit overaanbod tegen te gaan werd in de late jaren negentig van de vorige eeuw in België de contingentering ingevoerd. Door deze maatregel krijgen slechts een beperkt aantal afgestudeerden (quotum) werkelijk toegang tot het uitoefenen van het beroep van arts (in de praktijk betekent dit: een erkenning van het RIZIV in het kader van de terugbetaling van geneeskundige zorgen). Het gaat momenteel om 700 afgestudeerde artsen per jaar, waarvan 60% in Vlaanderen en 40% in Wallonië.<sup>4647</sup> Naast het beperken van het aanbod aan artsen had deze maatregel ook tot doel de kostenexplosie in de gezondheidszorg een halt toe te roepen en de huidige hoge kwaliteit van de geneeskunde in België te behouden.

**Het invoeren van quota is echter gebaseerd op een aantal veronderstellingen. Zo neemt men aan dat er op het einde van de twintigste eeuw een overaanbod van artsen was, maar studieresultaten tonen dit niet zo duidelijk aan.** Zoals ook uit de tabel blijkt, is de artsendichtheid in België inderdaad hoger dan in de omringende landen, maar we vermeldden reeds voordien dat dit cijfer enigszins moet genuanceerd worden en dat bovendien hieruit niet noodzakelijk volgt dat er een overaanbod bestaat. De organisatie van de gezondheidszorg en dan voornamelijk de taken van de arts kunnen immers sterk variëren van land tot land.

Een tweede veronderstelling die men maakt is dat het overaanbod aan artsen de belangrijkste oorzaak is van de stijgende kosten in de gezondheidszorg. Het is echter duidelijk dat ook, en misschien zelfs vooral, een aantal andere evoluties een toename van de kosten met zich meebrengen, zoals de vergrijzing en de voortschrijdende technologische ontwikkelingen. Bovendien stijgen de uitgaven in de gezondheidszorg ook in landen die de toegang tot het artseneroep al lang geleden beperkten.

---

<sup>46</sup> Corens D. Belgium Health System Review. Health Systems in Transition (Volume 9, n°2, 2007)

<sup>47</sup> De planning van het medisch aanbod in België: artsen. Statusrapport 2006. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Keefmilieu. Brussel, oktober 2007.

**Niettemin zijn er toch wel enige aanwijzingen dat een hoog 'aanbod' van bepaalde categorieën van artsen tot 'overconsumptie' van bepaalde prestaties zou kunnen leiden** (OECD data 2002). Zo beschikken bijvoorbeeld België en Zweden over een groot aantal algemene chirurgen (respectievelijk 15 en 18 per 100.000 inwoners) en worden er in deze landen ook een hoog aantal plaatsingen van een heupprothese (resp 183 en 123 per 100.000 inwoners) en appendixverwijderingen (resp 160 en 117 per 100.000 inwoners) uitgevoerd. In Nederland en het Verenigd Koninkrijk zijn er heel wat minder algemene heelkundigen werkzaam (resp 6 en 10 per 100.000 inwoners) en worden ook duidelijk minder appendectomieën uitgevoerd (resp 96 en 82 per 100.000 inwoners) en heupprothesen geplaatst (enkel cijfer voor het Verenigd Koninkrijk, nl 94 per 100.000 inwoners). Noorwegen daarentegen past dan weer niet in dit plaatje, want hoewel hier 20 chirurgen per 100.000 inwoners werken vinden er slechts 36 appendectomieën per 100.000 inwoners plaats. Uiteraard kunnen ook nog een heel aantal andere factoren deze verschillen geheel of gedeeltelijk verklaren, bijvoorbeeld verschillen in de leeftijdsamenstelling van de bevolkingen, verschillende indicaties voor een bepaalde ingreep, verschillen in het gezondheidssysteem qua terugbetaling van Een bepaalde ingreep, ...

Ten derde veronderstelt men dat een overaanbod van artsen een daling van de kwaliteit van de geneeskunde zou kunnen veroorzaken omdat ervan uitgegaan wordt dat om kwaliteitsvolle zorg te bieden een arts voldoende ziektebeelden zou moeten zien. In dit geval wordt kwaliteit echter enkel bekeken als een kwantitatief gegeven. Zo kan men toch ook moeilijk concluderen dat een beperking van het aanbod de kwaliteit van de zorg zou verbeteren! Bovendien zou men in dit opzicht ook het huidige hoge niveau van de gezondheidszorg in België moeilijk kunnen verklaren.

Een laatste veronderstelling die aan het invoeren van de contingentering ten grondslag ligt, is het feit dat men ervan uitgaat dat men de toekomstige nood aan artsen kan plannen. De planningscommissie voor het medisch aanbod, waarin experts van de federale overheid, de gemeenschappen, de artsenorganisaties de ziekenfondsen en de universiteiten zetelen, legt immers jaren van tevoren het aantal artsen vast dat in een bepaald jaar toegang krijgt tot het uitoefenen van de geneeskunde. Hiervoor moeten op korte en middellange termijn het medische

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

aanbod en de medische vraag kunnen voorspeld worden. De planningscommissie probeert dit inderdaad ook te doen, echter niet steeds zonder kritiek uit te lokken.

Zo toonde Prof. Alain De Wever (ULB) reeds in 2005 in een studie aan dat de cijfers die men gebruikte om het huidige aanbod te berekenen niet steeds met de realiteit overeenkwamen. Het aantal artsen werkzaam in de curatieve gezondheidszorg (momenteel en eventueel in de toekomst) zou fors overschat worden oa. omdat dit gebeurt aan de hand van het al dan niet hebben van een RIZIV-nummer en omdat een aantal artsen tot aan hun dood hun RIZIV-nummer behouden terwijl ze echter geen praktijk meer uitoefenen of nog slechts gedeeltelijk werkzaam zijn in de curatieve sector. Ook zouden een aantal artsen die door de planningscommissie weerhouden werden als 'actief' in werkelijkheid reeds overleden zijn geweest!<sup>48</sup>

Nog recenter werd door het SESA (Socio-Economie de la Santé)<sup>49 50</sup> van de UCL een overzichtsrapport gepubliceerd dat een 3-tal modellen vergelijkt waarin geprobeerd wordt de toekomstige nood aan artsen te berekenen en voorspellen. Hoewel de verschillende modellen verschillende parameters en schattingen gebruiken, bereiken 2 ervan toch zeer gelijkaardige resultaten voor wat betreft de toekomst op middellange termijn (2015-2025), namelijk wanneer de huidige quota aangehouden worden zal er een tekort aan artsen ontstaan, zelfs indien men aanvaardt dat er momenteel een overaanbod is. De reden hiervoor ligt enerzijds in een relatieve vermindering van het aanbod aan artsen (eigenlijk voornamelijk van het aantal fulltime equivalenten (FTE) van artsen) omwille van de toenemende vervrouwelijking en vergrijzing van het artsencorps en anderzijds in het feit dat er tijdens de periode 2015 tot 2025 zeer veel artsen van de arbeidsmarkt zullen verdwijnen en dat de huidige restrictieve quota dit niet kunnen compenseren. Eigenlijk kwam de contingentering te laat. Deze maatregel zou zeer effectief zijn geweest in de jaren 1975 tot 1990 toen er een echte expansie was van het aantal nieuw afgestudeerde artsen. Maar nu hij eindelijk ingevoerd werd, zal hij slechts gedurende een beperkt aantal jaren (tot 2012) toepasbaar zijn.

---

<sup>48</sup> Interview A. De Wever, Le Soir 18-12-2007.

<sup>49</sup> Deliège D et al. Ressources humaines pour la santé. Offre, demande et besoins actuellement et à l'avenir. Phase 2-3 : Offre et besoins de médecins : perspectives d'avenir. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

<sup>50</sup> Artoisenet C. Medical Workforce in Belgium: Assessment of future supply and requirements. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

Voor 2012 werd het quotum opgetrokken tot 833, maar nadien zal dit zeker nog moeten uitgebreid worden.

In augustus 2006 paste het SESA <sup>51</sup>trouwens zijn 'oude' planningsmodel aan op basis van gegevens van 2004 en met perspectieven tot 2044-2054. Tevens werden een aantal parameters die het aanbod en/of de vraag naar artsen kunnen beïnvloeden bijgevoegd en/of aangepast. Rekening houdende met het meest waarschijnlijke scenario, namelijk dat in de toekomst de consumptie van geneeskundige zorgen verder zal toenemen, concludeerden zij dat het behouden van de numerus clausus op 1025 vanaf 2014 onvoldoende zal zijn. Dan zou immers het aantal FTE met 10% (Vlaamse Gemeenschap) tot 25% (Waalse Gemeenschap) dalen tegen 2024 en zelfs met 20% (Vlaamse Gemeenschap) tot 40% (Waalse Gemeenschap) tegen 2044, dit in de veronderstelling dat in deze periode het 'specifieke' gedrag van de Vlaamse en Waalse arts niet zou veranderen. Als specificiteit vermelden we hier dat de productiviteitsgraad van de Waalse arts 17% tot 26% lager ligt dan deze van zijn/haar Vlaamse collega. De Waalse arts ziet gemiddeld minder patiënten per dag, maar besteedt meer tijd aan het contact met de patiënt. Zelfs indien men geen rekening houdt met de verwachte toename van de consumptie van medische zorgen en enkel het huidige aantal FTE aan artsen werkzaam in de curatieve geneeskunde wil behouden, zou men vanaf 2014 het quotum moeten optrekken tot 1150, dan tot 1350 tussen 2020 en 2030 om vervolgens pas na 2040 tot een quotum van 1000 te komen (dan is immers de grote cohorte artsen gediplomeerd tussen 1975 en 1990 eindelijk vervangen).

Het zeer recente rapport van KCE <sup>52</sup>( Kennis Centrum of Excellence) bevestigt de conclusies van de andere studies. Na 10 jaar numerus clausus voor studenten geneeskunde maakt het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de balans van het medisch aanbod in België op. Slechts 65% van de geregistreerde artsen is effectief praktiserend arts. De laatste jaren daalde het aantal praktiserende huisartsen met 7 % terwijl het aantal specialisten stabiel

---

<sup>51</sup> Deliège D et al. Ressources humaines en santé : Phase 2 : Les médecins dans 23 pays industrialisés : densités et place des spécialistes. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

<sup>52</sup> Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 72B D/2008/10.273/08

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

bleef. Meer dan een vierde van de quota voor huisartsen wordt niet ingevuld terwijl het aantal nieuwe specialisten de quota overschrijdt. Het medisch beroep vervrouwelijkt en veroudert. De instroom van buitenlandse artsen neemt toe (12 % van de nieuwe artsen). Het KCE pleit voor een beter onderbouwde planning van het medisch aanbod met op de eerste plaats een meer performante gegevensinzameling.

### **3.3.2 Aanpassing van het profiel van de verpleegkundige noodzakelijk**

Binnen de gezondheidszorg staan ook nog andere beroepen voor een uitdaging. Zo wordt reeds meerdere jaren de vraag gesteld of er in de toekomst nog voldoende verpleegkundigen zullen zijn. In 2005 - 2006 maakte het Hoger Instituut Voor de Arbeid (HIVA) een planningsmodel betreffende de vraag en het aanbod van verpleegkundigen in België<sup>53,54</sup>. Aan de hand van gegevens uit 1995, 1998 en 2003-2004 werd een prognose gemaakt voor vraag en aanbod in 2010, 2020 en zelfs tot 2050. Voor gans België ligt momenteel het aantal afgestudeerden nodig om te vraag in te vullen tussen de 2200 en 2500 personen, terwijl het aantal afstuderenden in beide gemeenschappen samen ongeveer 3000 bedraagt. Dit is voldoende om voor de onmiddellijke toekomst geen grote tekorten te vrezen, maar om voldoende ruimte te hebben moet echter zeker het nodige gedaan worden om ervoor te zorgen dat het aanbod uit het onderwijs hoog blijft.

Een poging hiertoe werd ondernomen met behulp van het Project 600 waarin verzorgend personeel verpleegkundestudies kon aanvatten met behoud van loon en ten gevolge waarvan het aantal verpleegkundestudenten in het schooljaar 2006-2007 met 14% toenam. **Het zal echter ook belangrijk zijn de actieve verpleegkundigen op de arbeidsmarkt te houden** en het

---

**53-PACOLET J ET AL. PLUS EST EN VOUS HERBEKEKEN. MANP INDEPENDENT THINK-TANK AND DO-TANK**

owerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Onderzoek in opdracht van VESOFO (2005)

<sup>54</sup> Pacolet J et al. Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de planningscommissie' in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006)



doorstromen van afgestudeerde verpleegkundigen uit het onderwijs naar de arbeidsmarkt te optimaliseren. Zo worden bijvoorbeeld door het nationale akkoord van verpleegkundigen, verzorgenden en gelijkgesteld personeel oudere werknemers ( $\geq 45$  jaar) gemotiveerd aan het werk te blijven door het toekennen van extra verlofdagen of een financiële premie. **Dit zou echter ook kunnen door het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld door de taken uit te breiden of het profiel te verbreden.**

Een voorbeeld hiervan is de (advanced) nurse practitioner (cfr Nederland) die een aantal medisch-technische (bijvoorbeeld uitstrijkjes maken, chronische ziekten opvolgen, laboratoriumwerkzaamheden, ...) en administratieve taken van de huisarts kan overnemen. In de huisartspraktijk zou dit kunnen leiden tot een efficiëntere 'bedrijfsvoering' en een betere kwaliteit van de zorg. In Nederland bestaat hiervoor een specifieke opleiding.

Volgens een pilootproject zouden 50% van de Belgische huisartsen ook te vinden zijn voor het inschakelen van nurse practitioners, maar momenteel is in België de opleiding en de wetgeving nog niet aangepast. Overigens kan men zich de vraag stellen of men hiermee zover moet gaan als bijvoorbeeld in de USA of het Verenigd Koninkrijk, waar nurse practitioners een diagnose mogen stellen, een behandeling mogen starten en eventueel medicatie mogen voorschrijven voor levensbedreigende acute en chronische aandoeningen en in sommige staten van de USA zelfs volledig autonoom mogen werken en een eigen praktijk mogen starten. Ook een opleiding tot gespecialiseerde verpleegkundige behoort momenteel tot de mogelijkheden.

De nood aan dergelijke gespecialiseerde verpleegkundigen zal in de toekomst zeker nog stijgen omdat door de evolutie van de wetenschap en de techniek de complexiteit van bepaalde functies sterk toegenomen is. Zo worden in sommige ziekenhuizen reeds wondverpleegkundigen, pijnverpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen, ... opgeleid. Eén van hun belangrijkste taken is het op de voet volgen van de laatste ontwikkelingen op hun vakgebied en deze informatie intern door te geven. Toch mogen ook 'probleemgroepen' in de verpleegkundige niet uit het oog verloren worden. Zo wordt immers het beroep van verpleegkundige in de geriatrie al verschillende jaren als een echte probleemberoep beschouwd. Omwille van de toenemende vergrijzing zullen er

nochtans in de toekomst meer en meer geriatrische verpleegkundigen nodig zijn. Het blijft daarom dan ook belangrijk jongeren zoveel mogelijk te motiveren om in dit beroep te treden. Het inlassen van een specialisatie geriatricie in de opleiding kan hierbij al enige hulp bieden.

Een andere mogelijkheid om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken is het opwaarderen van het beroep van zorgkundige, waardoor de verpleegkundige meer tijd heeft voor complexere en coördinerende taken. Hiervoor bestaat er trouwens sinds kort een wettelijk kader, waarin omschreven wordt welke 'verpleegkundige' taken een zorgkundige mag uitvoeren, maar in de praktijk namen zorgkundigen reeds lange tijd bepaalde taken van de verpleegkundigen over.

### **3.3.3 Ook een dreigend tekort aan verzorgenden**

Het overdragen van bepaalde taken naar de zorgkundige kan echter enkel voor zover er voldoende verzorgenden aanwezig zijn op de arbeidsmarkt. In de praktijk stellen zich echter ook hier problemen. Ook voor dit beroep maakte het HIVA in 2005-2006 namelijk een analyse van aanbod en vraag naar 2020 toe.<sup>55 56</sup> **Wanneer men hier vraag en aanbod vergelijkt dan ontstaat zowel op korte als op middellange termijn (2020) en zowel in Vlaanderen als in Wallonië een tekort aan verzorgenden, maar in Wallonië is het tekort groter en verontrustender.**

Toch zijn er veel kandidaten voor de studierichting verzorgende, maar er bestaat een lage penetratiegraad op de arbeidsmarkt. In Wallonië komen slechts 35 à 50% van alle afgestudeerde verzorgenden ook effectief in een verzorgend beroep terecht. Hoewel de zorgsector hen nodig heeft, bestaat er nochtans ook een hoge werkloosheid onder de verzorgenden, oorspronkelijk ook weer meer uitgesproken

---

<sup>55</sup> Pacolet J et al. Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Onderzoek in opdracht van VESOFO (2005)

<sup>56</sup> Pacolet J et al. Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de planningscommissie' in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006)

in Wallonië, maar tijdens de voorbije jaren ook in Vlaanderen en Brussel. Om deze trend om te keren zal de opleiding van de verzorgenden dienen aangepast te worden aan de behoeften van de zorgsector en kan herscholing en/of bijscholing nodig zijn.

### **3.3.4 Onvoldoende samenwerking, zorgnetwerken en specialisatie**

Een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg vereist een goede samenwerking tussen gezondheidswerkers (huisarts, specialist, verpleegkundige, ...) onderling en met gezondheidsinstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuizen). Eén van de maatregelen die nog niet zo lang geleden genomen werden in de hoop de samenwerking tussen huisarts en specialist te bevorderen (maar ook de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de kosten te beperken) is de echelonnering. Echelonnering betekent de introductie van een trapsgewijze toegang tot een gelaagde gezondheidszorg, waarbij de huisarts een filterfunctie toebedeeld krijgt en de patiënt kan genieten van een verlaging van zijn persoonlijk aandeel bij een consultatie bij een specialist als hij doorverwezen wordt door zijn huisarts.<sup>57</sup>

De huidige 'zachte' echelonnering die nu van toepassing is sinds 1 februari 2007 bepaalt dat er slechts remgeldvermindering is voor een raadpleging bij bepaalde specialisten na verwijzing door de huisarts. Deze vermindering kan voor een bepaalde specialist maar 1 maal per jaar toegekend worden en geldt alleen voor patiënten die hun globaal medisch dossier (GMD) door hun huisarts laten beheren. Recente gegevens van zowel de MLOZ als de CM tonen echter aan dat het principe van de echelonnering slecht opgevolgd wordt. Zo zouden volgens de MLOZ, naargelang de specialiteit, nog slechts 0.08% tot maximaal 1.59% van alle consultaties bij de specialist een gevolg zijn van verwijzing door de huisarts. De CM berekende dat gemiddeld 0.75% van de raadplegingen bij een specialist door de huisarts verwezen zijn.

Bovendien is voor een betere samenwerking tussen huisarts en specialist **een 'horizontale' echelonnering veel meer aangepast dan het huidige voorgestelde 'verticale' model.**<sup>58</sup> In het belang van de patiënt – die vaak

<sup>57</sup> Van Emelen J et al. Echelonnering; Een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2004)

<sup>58</sup> Idem 50

van in den beginne gebaat is met multidisciplinaire zorg – is immers in de eerste plaats een betere en intensere samenwerking nodig tussen huisarts en specialist **die onder andere zou kunnen gerealiseerd worden door een versterking en veralgemening van het GMD en het EMD** ( Electronisch Medisch Dossier) , door het up-to-date houden van het GMD, door een betere feedback tussen de verschillende actoren met eventuele (financiële) incentives voor de arts (bijvoorbeeld voor het up-to-date houden van het GMD) en/of voor de patiënt (bijvoorbeeld voor het openen van een GMD bij de huisarts).

In het kader van de echelonnering moet men zich trouwens ook de vraag stellen of de huisarts als generalist in de toekomst nog wel kan blijven bestaan. De geneeskunde wordt immers steeds specialistischer, de hoeveelheid kennis steeds uitgebreider. Misschien moet men denken aan een herdefiniëring van het takenpakket van de huisarts, met bijvoorbeeld een meer belangrijke rol in de preventie of als spilfiguur voor het informeren, adviseren en ondersteunen van de patiënt,...

**Een betere en meer doorzichtige samenwerking tussen zorgverleners en zorginstellingen kan echter ook bevorderd worden door het ontstaan van andere samenwerkingsvormen tussen huisartsen (groepspraktijken, associaties,...) en specialisten (gemeenschappelijke accommodatie, secretariaat, medische apparatuur,...), door het opzetten van zogenaamde zorgnetwerken.**

Deze bestaan (in een enigszins andere vorm) al lang in bijvoorbeeld de USA, nl de zogenaamde HMOs of Health Maintenance Organisations. Een zorgnetwerk heeft als doel om binnen één regio het zorgaanbod maximaal af te stemmen op de noden van de patiënt. Door de creatie van zorgprogramma's op het niveau van de wetgeving en de klinische paden binnen de ziekenhuizen is het zorgproces immers nog centraler komen te staan.

Zorgnetwerken <sup>59</sup>kunnen bestaan rond bepaalde regio's (bijvoorbeeld Zorgnetwerk Noordoost Limburg), rond bepaalde inrichtende machten (bijvoorbeeld de Broeders van Liefde), rond bepaalde pathologieën (bijvoorbeeld

---

<sup>59</sup>Interview met Bart Van Daele, Algemeen Directeur UZ Gasthuisberg. Een spinnenweb van actoren, organisaties en richtlijnen. [www.hospitals.be](http://www.hospitals.be). (n°4, 2005)

oncologie), ... Zij kunnen zich ook ontwikkelen op verschillende niveaus. Zo kan binnen één stad of regio de werking van het lokale ziekenhuis, de eerstelijnszorg en andere gezondheidswerkers of netwerken (bijvoorbeeld palliatief netwerk) optimaal op elkaar afgestemd worden. Binnen een grotere regio (meer dan 250.000 inwoners) kan een ziekenhuis aan ambulante centra gelinkt worden binnen een ruimer samenwerkingsverband. Dit kan gaan van een losse contractuele samenwerking tot een volledige fusie en leiden tot een beter geïntegreerde zorgverlening en een economisch schaalvoordeel. Op Vlaams niveau gaat het meestal om samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen met als doel het afstemmen van de patiëntenzorg, coördinatie voor de opleiding van geneesheerspecialisten en onderzoek (bijvoorbeeld Vlaams Ziekenhuisnetwerk Kuleuven). Zorgnetwerken op internationaal vlak zijn nog eerder beperkt uitgewerkt en zijn vooral aanwezig in de grensstreken of rond bepaalde zorgprogramma's of tussen universitaire ziekenhuizen. Twee voorbeelden die ons interessant lijken op gebied van methodologie:

Een **HMO** of **Health Maintenance Organisation** is een vooraf betaald gezondheidsplan. Dit wil zeggen dat je als HMO-lid een maandelijkse premie betaalt en in ruil daarvoor biedt de HMO aan jou (en je familie) geneeskundige zorgen aan zoals dokterskosten, hospitalisatiekosten, dringende hulp, bloedonderzoeken, ...De HMO verzorgt deze hulp zelf via een eigen groepspraktijk of via andere dokters of gezondheidswerkers die met hen een contract hebben afgesloten. Meestal heb je als lid een beperkte keuze aan therapieën, artsen, hospitalen, ... namelijk diegenen die met de HMO een overeenkomst hebben, maar er zijn wel uitzonderingen, bijvoorbeeld in noodgevallen. Een HMO krijgt een vast bedrag voor de medische zorg die ze aan de patiënt aanbiedt. Het speelt dus in het voordeel van een HMO een bepaalde basis aan gezondheidszorgen aan te bieden voor eenvoudige problemen vooraleer ze ernstig worden. Meestal zijn preventieve onderzoeken of onderzoeken voor de vroegtijdige detectie van bepaalde aandoeningen dan ook inbegrepen, zoals bijvoorbeeld een mammografie. Binnen de HMO heb je ook een arts 'op de eerste lijn' (huisarts) die voor het grootste deel van je medische verzorging instaat en je oa. naar een specialist kan verwijzen.

De **CAPIO**<sup>60</sup> groep kan beschouwd worden als een 'speciaal' voorbeeld van een zorgnetwerk. CAPIO ontstond ongeveer 10 jaar geleden in Zweden. De CAPIO groep breidt voornamelijk uit door het aankopen van ziekenhuizen en andere medische structuren (bijvoorbeeld laboratoria) en is reeds aanwezig in verschillende Europese landen (Zweden, Noorwegen, Finland, Denemarken, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Spanje). Haar doel is het vinden van nieuwe wegen om de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg zowel op sociaal-economisch als op klinisch vlak te verbeteren met maximale aandacht voor de noden en de tevredenheid van de patiënt en om steeds nieuwe modellen voor optimale zorg te ontwikkelen en aan te bieden. Het verstrekken van consistente en vergelijkbare kwaliteit van de zorg in alle onderdelen van de organisatie is uiteraard een hele uitdaging. Hiervoor werd de CAPIO standaard ontwikkeld, die de minimale vereisten weergeeft o.a. qua ethische principes, visie, houding ten opzichte van de werknemers, ... die in de ganse organisatie gelijk moeten zijn, en het CAPIO handboek dat de regels en de procedures bevat die standaard in alle deelstructuren van het CAPIO netwerk moeten geïmplementeerd worden (in een nieuwe 'aanwinst' moet dit binnen de twee jaren gebeuren). Regelmatig vindt ook een kwaliteitscontrole van deze implementatie plaats en zonodig moeten er maatregelen genomen worden ter verbetering. In de CAPIO structuur wordt het lokale ziekenhuis gezien als de basis voor alle operaties en wordt de outcome van bepaalde essentiële processen continu gemeten om de goede kwaliteit te kunnen blijven verzekeren en eventueel verbeteringen te kunnen aanbrengen. De patiënt staat centraal in het CAPIO concept en er wordt dan ook in sterke mate rekening gehouden met zijn/haar verwachtingen. Hiervoor wordt er in elk ziekenhuis jaarlijks minstens één enquête gehouden hieromtrent en worden klachten van patiënten systematisch opgevolgd en aangepakt. De patiënt is geen passieve ontvanger van zorgen meer, maar een actieve consument. De CAPIO werknemers (artsen, verpleegkundigen, ...) geven advies, ondersteunen en informeren de patiënt, maar beslissingen in verband met onderzoeken, behandeling, ... worden samen met de patiënt genomen. Binnen de CAPIO groep is er ook veel aandacht voor de werknemers, want hun vaardigheden en engagement worden gezien als de basis voor het succes van CAPIO. Daarom is bijvoorbeeld het zorgen voor een aangename werkomgeving ook zeer belangrijk. Ook hiervoor werd er een evaluatiesysteem ontwikkeld, de CAPIO barometer, waarmee elke werknemer

---

<sup>60</sup> CAPIO Quality, Processes and Achievements brochure 2005, [www.capio.com](http://www.capio.com)

jaarlijks zijn werkomgeving kan evalueren en eventueel aanpassingen of verbeteringen kan voorstellen.

### **3.3.5 Onvoldoende uitbouw van de thuiszorg en participatie van de patiënt**

Een **RVT** is een rust- en verzorgingstehuis bestemd voor sterk zorgafhankelijk (meestal oudere) patiënten maar zonder acute medische problemen die permanent medische supervisie vereisen.

Eén van de sectoren waar er in de toekomst zeker nood zal zijn aan verzorgenden is de thuiszorg en dan meer bepaald de zorg voor ouderen in het thuismilieu. In het kader van de vergrijzing kan verdere uitbouw van de thuiszorg institutionele zorg voor ouderen (die duurder is) immers eventueel vermijden of uitstellen.

In België zijn er voor ouderen zowel residentiële als transmurale of semi-residentiële diensten als thuiszorgdiensten. Wanneer men dit in internationaal perspectief plaatst, bemerkt men dat België als geavanceerd kan beschouwd worden voor wat betreft de uitbouw van de voorzieningen, maar toch eerder institutioneel georiënteerd is. In België zijn er ongeveer 7 plaatsen per 100 65-plussers in de geïnstitutionaliseerde ouderenzorg. In Vlaanderen is er wat minder institutionele ouderenzorg, voornamelijk door het bestaan van de serviceflats, die kunnen beschouwd worden als een zachte vorm van thuiszorgondersteuning. In Wallonië en Brussel echter is de zorg voor ouderen veel meer institutioneel gericht. Ter illustratie hiervan vermelden we dat het aantal opnames in RVT's van personen ouder dan 60 jaar, in Vlaanderen 4.4% bedraagt, in Wallonië 5.8% en in Brussel 6.8%.

Met behulp van de gepoolde gegevens van de Belgische gezondheidsenquêtes van 1997, 2001 en 2004 bepaalde Joanna Geerts <sup>61</sup>(sociologe UA) het percentage ouderen van 65 jaar of meer dat een beroep deed op 'een thuisvoorziening', wat kon bestaan uit beroep doen op thuisverpleging en/of een

<sup>61</sup> Geerts J et al. Regionale zorgverschillen in het gebruik van longterm care diensten door Belgische ouderen (2006)

dienst voor thuishulp en/of een dienst voor warme maaltijden. In het Vlaamse Gewest maakten in 2004 24.3% van alle 65-plussers gebruik van 1 of meerdere vormen van thuiszorg, 11.9% van thuishulp en 17.3% van thuisverpleging. In het Waalse en Brusselse Gewest bedroegen deze percentages respectievelijk 24.7% en 17.6% voor eender welke vorm van thuiszorg, 7.8% en 7.0% voor thuishulp en 18.7% en 11.5% voor thuisverpleging. Wanneer men echter het aantal thuisverplegingsverstrekkingen bekeek, dan zag men dat er hiervan 2 maal meer zijn in Vlaanderen dan in Wallonië en 4 maal meer dan in Brussel. Er bestaat geen sluitende verklaring voor het lage(re) verbruik van thuisverzorging in Brussel. De volgende factoren zouden hierbij eventueel een bevorderende rol kunnen spelen: het feit dat er in Brussel meer hoge socio-professionele groepen zouden wonen en dat dezen minder beroep zouden doen op thuiszorg; het feit dat er in Brussel een ontoereikend aanbod is van gezinszorg en thuisverpleging wegens een gebrek aan financiering en personeel; de aanwezigheid van een grote allochtone bevolkingsgroep die weinig bekend is met dit systeem.

**In het kader van de vergrijzing** en aangezien het aantal opnames in RVTs en rustoorden heel sterk stijgt met toenemende leeftijd (dit bedraagt 23% tussen 85 en 89 jaar en 77% boven de 95 jaar) **zullen er in de toekomst belangrijke behoeften ontstaan naar woongelegenheden voor ouderen toe.** Naargelang men al dan niet rekening houdt met een mogelijke langere levensverwachting zonder beperking zal het gaan om 43.000 tot 56.000 bijkomende plaatsen tegen 2020. **Deze zullen zich voornamelijk in Vlaanderen situeren (+29.000 tot +36.000), wat minder in Wallonië (+13.000 tot + 18.000) en bijna geen bijkomende plaatsen in Brussel.**<sup>62</sup>

Vermits ook het verbruik of de noodzaak aan thuisverpleging stijgt met de leeftijd (maal 14 tussen de leeftijdscategorieën 65-69 jaar en + 95 jaar!), wordt ook een toename van de nood aan thuisverpleging verwacht tegen 2020 van +29% tot +40% naargelang men al of niet rekening houdt met een langere levensverwachting zonder beperkingen. En **als de percentages van gebruik van thuisverpleging in Wallonië en Brussel stijgen naar wat nu al**

---

<sup>62</sup> Pacolet J et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Working Paper van DGSOC van Directie-generaal Sociaal Beleid van de FOD Sociale Zekerheid (2005)



**bestaat in Vlaanderen, dan zou er tegen 2020 in Wallonië een toename X 1.7 en in Brussel zelfs X 3.4 moeten zijn!**<sup>63</sup>

Men kan zich dus in gans België verwachten aan een stijgende vraag naar thuiszorg, wat op zich uiteraard een positieve zaak is. Blijft echter het nijpende probleem van de financiering. In Vlaanderen bijvoorbeeld engageerde de Vlaamse Overheid zich ertoe het budget voor de thuiszorg jaarlijks te laten toenemen met 4%. Dit is echter enkel in 2000 gebeurd, in 2007 was er slechts een stijging met 2.38%. Het Socialistische Ziekenfonds berekende recentelijk dat momenteel de nood aan thuiszorg 20% hoger ligt dan de effectief geboden hulp.

Een bijkomend probleem in de thuiszorg, specifiek voor België, is het feit dat op verschillende niveaus zowel federaal als gewestelijke steun en financiering toegekend wordt wat zorgt voor een zeer complexe situatie en de coördinatie niet altijd ten goede komt. Zo staan bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen onder federale bevoegdheid en gezins- en bejaardenhelpsters onder gewestelijke bevoegdheid.

In Vlaanderen zijn er 2 structuren actief in de thuiszorg, namelijk de teams voor thuisverpleging en de samenwerkingsinitiatieven voor thuiszorg (SITs), die gefinancierd worden op basis van een zorgenplan. In Wallonië verlenen de 'centres agréés' exclusief en gezamenlijke diensten en thuiszorg. Hier gebeurt de financiering op basis van concrete taken en de bereikte populatie. De 'centres agréés' zijn opgericht binnen 3 zuilen: een christelijke, een socialistische en een multidisciplinaire zuil. In Brussel is de situatie nog complexer aangezien thuiszorg daar afhankelijk is van één van beide of van beide gemeenschappen en van het federale niveau.

De verschillende systemen vertonen elk hun plus- en minpunten. Sterke punten van het Vlaamse systeem zijn de multidisciplinariteit, het niet zuilgebonden zijn, de organisatie per regio en de groei vanuit de basis. Dit systeem wordt echter verzwakt door een gebrekkige financiering, uiteenlopende schaalgrootte en het voorkomen van blinde vlekken qua spreiding. Positief bij het Waalse systeem is de financiering die grotendeels gebeurt op basis van reële gegevens, nadeel is hier

---

<sup>63</sup> Idem 51

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

echter de verzuilde structuur, waardoor elk van de 3 zuilen binnen één en dezelfde regio kunnen actief zijn.

Tenslotte willen we nog benadrukken dat het bevorderen en aanmoedigen van de thuiszorg uiteraard niet enkel belangrijk is omwille van financiële redenen, maar ook moet gezien worden in het kader van een geïntegreerde zorg en geïntegreerd zorgbeleid, waar men aan de oudere de mogelijkheid geeft om zo lang mogelijk in de thuisomgeving te blijven, eventueel met de hulp van overgangsmatregelen zoals dagverzorgingscentra en centra voor kort verblijf.

## **3.4 De ziektepreventie is onderontwikkeld**

### **3.4.1 Inleiding**

De ziektepreventie behelst het geheel van activiteiten die toelaten de toekomstige ziekterisico's te beperken. Meestal maakt men het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie, ook al behoren de preventieacties niet noodzakelijkerwijs exclusief tot een van deze drie categorieën. De **primaire preventie** heeft te maken met handelingen die de waarschijnlijkheid van het zich voordoen van een ziekte beperken. Zo zal het stoppen met roken de kans op kanker verminderen. De **secundaire preventie** omvat de handelingen die de ernst van een ziekte beperken wanneer deze zich voordoet. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een mammografie die toelaat borstkanker sneller te detecteren en aldus sneller en efficiënter te behandelen. De **tertiaire preventie** behelst de handelingen die de bedoeling hebben de risico's op hervallen te verminderen, zoals bijvoorbeeld het stoppen met het uitoefenen van bepaalde risicogedragingen of, na een hartinfarct, zijn voeding beter verzorgen om te beletten dat het zich opnieuw voordoet.

In elk geval onderscheidt een preventiebeslissing, die door het individu of door de maatschappij genomen wordt, zonder dat er sprake is van een effectieve ziekte, zich van de curatieve geneeskunde die tussenbeide komt nadat de symptomen zich hebben voorgedaan. Preventieacties omvatten tezelfdertijd een individueel karakter (sportbeoefening, stoppen met roken, aandacht voor een gezondere voeding, ...) en een collectief karakter (de organisatie van het opsporen van ziekten, van vaccinaties, van gezondheidsvorming, ...). Maar, zelfs wanneer het gaat om individuele beslissingen betreffende de gezondheidstoestand, dan nog kan de inzet van de overheid de individuen er toe aanzetten hun gedrag in positieve zin om te buigen. Zo is het stoppen met roken een individuele beslissing, maar de openbare overheden kunnen het individu hierbij helpen via verschillende kanalen. Deze kunnen juridisch (rookverbod in openbare ruimten, verkoopverbod aan minderjarigen, ...), financieel (taksen op tabak) of nog anders (hulp bij het stoppen met roken, informatie) zijn.

### **3.4.2 Preventie is geen politieke prioriteit**

In België zijn de bevoegdheden betreffende ziektepreventie en gezondheids promotie versnipperd. Bij de acties betreffende de volksgezondheid zijn er een aantal die exclusief onder de bevoegdheid van de federale regering vallen (taksen op tabak en alcohol) terwijl andere (vaccinatie tegen polio en tegen hepatitis B, opsporen van borstkanker, ...) het voorwerp uitmaken van een samenwerking tussen de Gemeenschappen en de federale regering die de programma's die de Gemeenschappen organiseren volledig of gedeeltelijk financiert. Hoewel de gezondheid een persoonsgebonden materie is, werden de bevoegdheden echter in grote mate aan de Gemeenschappen toegekend. Zonder volledig te zijn en zonder te focussen op de prioriteiten die elk van de beide Gemeenschappen bepaald heeft<sup>64</sup>, kunnen we stellen dat de acties die zowel door de Franse als de Vlaamse Gemeenschap ondernomen worden het volgende behelzen: vaccinatieprogramma's, opsporingsprogramma's, anti-tabakcampagnes, kankerpreventie, preventie van cardiovasculaire ziekten, preventie van AIDS en van seksueel overdraagbare ziekten, de mentale gezondheid, enz... Nochtans blijkt dat, in vergelijking tot het budget dat aan de curatieve geneeskunde toegekend wordt, de inspanningen die de Belgische overheden leveren op het vlak van ziektepreventie en gezondheids promotie minimaal zijn. 0,1% van het BBP toekennen aan dergelijke activiteiten lijkt inderdaad onbeduidend te zijn. Zeker wanneer men weet dat 10% van ditzelfde BBP besteed wordt aan het financieren van de behandeling van deze ziekten.<sup>65</sup> Het Belgische gezondheidssysteem wordt gewaardeerd voor haar reactiviteit en voor haar vermogen om behandelingen aan een aanvaardbare prijs ter beschikking te stellen van de gebruikers, maar het preventiebeleid - dat een visie en het uitwerken van strategieën op langere termijn vereist - blijkt geen politieke prioriteit te zijn.

---

<sup>64</sup> Voor meer details, zie Corens D. Health System review: Belgium. *Health Systems in Transition*, 2007; 9 (2): 1-172.

<sup>65</sup> OESO, Health Data 2006

Landen	Overheidsuitgaven voor preventie per inwoner (€ KKP) - 2003
Denemarken	7,97
Republiek Slowakije	9,42
Italië	10,14
Mexico	13,04
Spanje	14,49
Korea	14,49
Republiek Tsjechië	15,94
Polen	16,66
Portugal	18,83
Luxemburg	18,83
Japan	21,73
Finland	26,80
Oostenrijk	27,52
België	28,97
IJsland	31,15
Zwitserland	40,56
Ierland	42,74
Noorwegen	44,91
Frankrijk	51,43
Nederland	57,22
Duitsland	68,09
Canada	131,83
Verenigde Staten	144,87

Bron: OESO Health Data 2006

De beperkte aandacht die aan het beleid op het gebied van ziektepreventie en gezondheids promotie besteed wordt, is echter niet typisch Belgisch. De bovenstaande tabel laat toe onze overheidsuitgaven voor preventie per inwoner te vergelijken met deze van andere OESO-landen<sup>66</sup>.

Volgens de OESO-statistieken voor het jaar 2003, bedroegen de Belgische overheidsuitgaven voor ziektepreventie 28€ per inwoner. Ter vergelijking: hetzelfde jaar besteedde Frankrijk hieraan 51€, Nederland 58€, Duitsland 67€, Canada het equivalent van 131€ en de Verenigde Staten het equivalent van 144€. België is nochtans niet de rode lantaarn van dit klassemment vermits

<sup>66</sup> In feite vermeldt de OESO voor het jaar 2003 in België een overheidsuitgave voor preventie van 35€ per inwoner. Maar om een vergelijking tussen verschillende landen mogelijk te maken, hebben wij de KKP (koopkrachtpariteit) wisselkoers gebruikt. Deze omvat tezelfdertijd 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€ per persoon.

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

bijvoorbeeld Spanje, Italië en Denemarken, met een overheidsuitgave voor ziektepreventie van respectievelijk 14€, 10€, en 8€, het nog minder goed doen.

Ter informatie: België zou haar totale overheidsuitgave voor preventie met ongeveer 88 miljoen euro moeten verhogen om de gemiddelde uitgave van de andere landen die in de tabel opgenomen zijn te bereiken. Het zou echter verkeerd zijn de preventie te beperken tot een budgettaire kwestie. Preventie heeft ook te maken met het definiëren van nieuwe beleidsmaatregelen die niet enkel van budgettaire aard zijn. Als voorbeelden kunnen we het sportbeleid, de wetgeving betreffende tabaksgebruik, of de acties die de ziekenfondsen ondernemen om een betere voeding of gezondere levensgewoonten te promoten, aanhalen.

### **3.4.3 De voordelen van preventie**

De preventieactiviteiten bieden talrijke voordelen. Het eerste gevolg van preventie is dat men, door het voorkomen van ziekten en de ernst ervan te verminderen, de gehele bevolking een betere levenskwaliteit kan garanderen. Bovenop deze ontastbare voordelen, heeft preventie ook belangrijke financiële gevolgen. Een verbetering van de algemene gezondheidstoestand betekent eerst en vooral een bijkomende economische groeiemogelijkheid en dus een bijkomende inkomstenbron. Ter illustratie: tussen 1995 en 1999 werden in de Verenigde Staten jaarlijks 440.000 vroegtijdige overlijdens, veroorzaakt door tabaksgebruik, geregistreerd. De daaruit voortvloeiende kost ten gevolge van het jaarlijkse verlies aan productiviteit werd geraamd op 81,9 miljard US dollar per jaar<sup>67</sup>. Tezelfdertijd, aangezien de duur van de onbeschikbaarheid van werknemers ingeperkt wordt, laat preventie ook toe te besparen op de sociale zekerheid.

Vervolgens kan een gericht preventiebeleid, door het vermijden of het beperken van de kosten van toekomstige behandelingen, eveneens toelaten te besparen op de ziekteverzekering als dusdanig. Zo zou het tabaksgebruik ieder jaar, gedurende de periode 1995-1999, voor 75,5 miljard US dollars aan bijkomende medische kosten gezorgd hebben<sup>4</sup>. Dit laatste effect doet zich echter niet altijd voor en hangt af van het soort interventie. Het is in ieder geval de precieze raming van de kosten en van de baten (tastbare en ontastbare) die gepaard gaan met elk

<sup>67</sup> Morbidity and Mortality Weekly Report Highlights, April 12, 2002, Vol. 51, Nr. 14.

preventieprogramma die de gegrondheid van de uitvoering ervan zal bepalen. Het is immers niet wenselijk alle programma's uit te voeren of ze überhaupt te willen toepassen op de gehele bevolking. Het is duidelijk niet opportuun belangrijke financiële middelen toe te kennen aan preventieprogramma's waarvan de doeltreffendheid beperkt is. Zelfs wanneer de economische analyses niet aantonen dat men de beschikbare openbare middelen systematisch eerder moet toekennen aan preventieactiviteiten dan aan curatieve activiteiten, dan nog blijft het huidige onevenwicht in de organisatie van de Belgische gezondheidszorg zeker en vast ongepast.

Er bestaat inderdaad een groot aantal programma's met een zodanige kosteneffectiviteitsratio dat de uitvoering ervan verantwoord is. De pneumokokkenbacteriëmie bijvoorbeeld, is jaarlijks verantwoordelijk voor 2000 sterfgevallen in België. Er bestaat een efficiënt vaccin om dit type ademhalingsziekte te voorkomen, maar dat wordt in België enkel terugbetaald voor kinderen onder de twee jaar. Nochtans hebben talrijke studies aangetoond dat het uitvoeren van deze vaccinatie bij bejaarden kosteneffectief is<sup>68</sup>. Deze studies manen dus de openbare overheden aan dit type vaccin aan te bevelen voor alle mensen boven de 65 jaar (zie bijvoorbeeld De Graeve e.a. 2000<sup>69</sup>). En er bestaan nog talrijke gelijkaardige voorbeelden.

Terwijl de budgettaire druk steeds vaker de organisatie van ons gezondheidssysteem gaat bepalen, zou het intensifiëren van onze preventiepolitiek een interessante maatregel kunnen zijn om voldoende budgettaire ruimte te creëren. Om zich daarvan te vergewissen, volstaat het de epidemiologische gegevens te bestuderen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), verklaren zeven risicofactoren bijna 60% van de morbiditeit in Europa: hypertensie (12,8%), tabaksgebruik (12,3%), alcoholmisbruik (10,1%), hoog cholesterolgehalte (8,7%), overgewicht (7,8%), beperkte consumptie van fruit en groenten (4,4%) en gebrek aan lichaamsbeweging (3,5%). Deze factoren zijn inderdaad de hoofdoorzaken van de belangrijkste ziekten in Europa (cardiovasculaire aandoeningen,

---

<sup>68</sup> Dit betekent dat een vaccinatieprogramma voor bejaarden - in vergelijking met de andere ondernomen gezondheidsprogramma's - een verbetering van de levenskwaliteit zou teweegbrengen die de uitvoering ervan verantwoordt.

<sup>69</sup> De Graeve, Verhaegen et al., Kosteffectiviteit van vaccinatie tegen pneumokokkenbacteriëmie bij bejaarden: resultaten voor België, *Acta Clinica Belgica*, 2000, 55,5, pp 257-265.

ademhalingsziekten, mentale gezondheidsproblemen, kankers, diabetes, ...). Het volstaat deze risicofactoren te lezen om in te zien hoezeer de gezondheidspreventie en de gezondheidspromotie het meest efficiënte middel is om deze ziekten te bestrijden. Want, nog steeds volgens de WGO, zou de eliminatie van de belangrijkste risicofactoren toelaten 80% van de hartziekten, van de cerebrovasculaire accidenten en van diabetes van het type II te voorkomen alsook 40% van de kankers.

#### **3.4.4 De versnippering van de bevoegdheden zet niet aan tot preventie**

Welke elementen kunnen een dergelijk onevenwicht verklaren tussen de financiële middelen die enerzijds aan de ziektepreventie en anderzijds aan de behandeling van ziekten toegewezen worden? De uitgaven die gedaan worden in het kader van preventie hebben een dubbel nadeel voor de bevoegde autoriteiten inzake gezondheid in België. Het eerste nadeel is niet specifiek voor België en komt voort uit het feit dat de gevolgen van de inspanningen op het gebied van preventie zich slechts op lange termijn voordoen. De autoriteiten die een verreikend preventieprogramma lanceren, lopen het risico nooit de heilzame gevolgen van hun beleid te kunnen waarnemen. De voordelen zullen pas hun opvolgers ten goede komen. De institutionele architectuur van ons land is er niet alleen verantwoordelijk voor dat acties verspreid en weinig gecoördineerd verlopen, maar bovendien vormt ze een tweede rem op het investeren in dure ziektepreventieprogramma's. Dit domein valt inderdaad onder de bevoegdheden van de Gemeenschappen. De ziekteverzekering - die het grootste deel van de behandelingskosten voor haar rekening neemt - wordt echter op federaal niveau beheerd. Dit betekent dat de inspanningen van de Gemeenschappen op het gebied van preventie vooral de federale autoriteiten ten goede komen. Natuurlijk kan men de voordelen van het preventiebeleid niet enkel herleiden tot een financieel profijt onder de vorm van het vermijden van kosten. De Gemeenschappen zijn belast met het persoonsgebonden beleid (en dus met het welzijn) en moeten er aldus voor zorgen dat ziekten vermeden worden. Bijgevolg worden ze ook beoordeeld op de gezondheidstoestand van de bevolking. Maar het feit dat ze niet betrokken zijn bij alle gevolgen van hun beleid vormt een ernstig probleem voor economische impulsen. Gezien de budgettaire beperkingen, worden de autoriteiten dus niet gestimuleerd om te investeren in een beleid dat hen niets opbrengt.



Hoe kunnen we uit deze impasse geraken? Er zijn twee oplossingen die evident lijken, maar die - gezien de institutionele context van ons land - politiek ingewikkeld zijn. Ze zijn gebaseerd op het principe van het homogene pakket bevoegdheden die de publieke overheden zouden moeten beheren. Anders gezegd, het zou goed zijn alle bevoegdheden inzake gezondheid - met inbegrip van het preventiebeleid - ofwel op federaal, ofwel op gemeenschapsniveau onder te brengen. Er kan een andere oplossing uitgewerkt worden die dit gevoelig politiek debat in ons land uit de weg gaat. Aangezien ze voordeel haalt uit het beleid dat de Gemeenschappen voeren, zou de federale regering deze laatste moeten aanmoedigen om meer inspanningen te leveren op het gebied van preventie. Door middel van welke mechanismen kan zij dit doel bereiken?

***Een financiële compensatie die in verhouding staat tot de preventie-inspanningen die de gemeenschappen leveren, kan bijdragen tot het uitwerken van een actiever beleid.***

Een van de mechanismen die voorgesteld wordt door de economische theorie is deze van de «matching grants». Volgens dit principe zou de Federale Staat aan de Gemeenschappen een compensatie in verhouding tot hun preventie-inspanningen moeten toekennen. Die compensatie van het federale ten voordele van de Gemeenschappen kan bijvoorbeeld onder de vorm van een bedrag van x € voor iedere euro die deze laatste uitgeven. Dit vereist een inspanning op het gebied van de coördinatie tussen het gezondheidsbeleid en het beleid inzake gezondheidszorg door middel van programma's die gezamenlijk bepaald worden door de verschillende bevoegdheidsniveaus.

Vertrekkend vanuit ditzelfde principe, zouden we kunnen overwegen om de compensatie niet afhankelijk te maken van de uitgaven van de Gemeenschappen, maar van de resultaten die deze laatste behalen op gebied van openbare gezondheid. Aldus zou de compensatie kunnen gebaseerd zijn op de evolutie van bepaalde indicatoren zoals het aandeel rokers onder de bevolking, de overlevingskansen vijf jaar na de diagnose van kanker, de prevalentie van bepaalde voorkombare ziektes, ... enz. Dit meer ambitieuze beleid zou de verdienste hebben de Gemeenschappen aan te zetten om de openbare middelen efficiënter te gebruiken. Een dergelijke maatregel -die op dit ogenblik niet meer is dan een denkpiste - zou evenwel met de nodige voorzichtigheid moeten toegepast

worden en dit omwille van verschillende redenen. De eerste reden ligt bij de soms betwistbare meting van de indicatoren op dewelke de compensatie zou kunnen gebaseerd worden. Overigens zijn de huidige openbare overheden niet de enige verantwoordelijken voor de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Die laatste is immers ook afhankelijk van, enerzijds, de eerder genomen beslissingen door eventueel andere overheden (de doelstellingen inzake openbare gezondheid vloeien voort uit een langetermijnbeleid) en, anderzijds, van de levensstijl van individuen waarop regeringen niet altijd greep hebben.

De twee gesuggereerde maatregelen vertrekken vanuit een gemeenschappelijk principe dat bestaat uit de financiering door de federale regering te koppelen aan acties - liefst efficiënte - die de Gemeenschappen ondernemen. We merken hierbij op dat het van essentieel belang is dat de toegekende compensatie, al was het maar gedeeltelijk, de vorm aanneemt van een compensatie die afhankelijk is van een actie en niet van een forfaitair bedrag dat geen enkel aansporend effect zou hebben op de Gemeenschappen.

#### **3.4.5 Een quasi exclusieve focus op de curatieve dimensie**

De typisch Belgische budgettaire context brengt een gezondheidsbeleid teweeg dat bijna exclusief de behandeling van ziekten betreft. In een omgeving waar de uitgaven strikt begrensd worden en waar er talrijke toewijzingsmogelijkheden van het budget zijn, is het inderdaad niet lonend voor de Gemeenschappen om massaal te investeren in preventieactiviteiten waarvan de voordelen zich pas op lange termijn voordoen en die hen, rekening houdend met de opsplitsing van de bevoegdheden inzake gezondheid in ons land, geen politieke winst opleveren. Nochtans biedt preventie voordelen. Behalve het feit dat ze zou toelaten de productiviteit van de werkende bevolking, die in een betere gezondheid verkeert, te verbeteren en de kost van bepaalde behandelingen zou vermijden, zou een voluntaristisch preventiebeleid ook de levenskwaliteit van de bevolking aanzienlijk verhogen.

### **3.5 Er ontbreekt een visie op middellange en op lange termijn en een kostenbewustzijn**

#### **3.5.1 De huidige dynamiek van het systeem is gericht op de korte termijn**

De huidige dynamiek van het systeem berust op 3 essentiële principes: de budgettaire dynamiek, het overlegmodel, de verticale benadering.

- **De budgettaire dynamiek.**

Zoals we reeds onderstreept hebben in de analyse van het beleid, zijn alle bezorgdheden gedurende de laatste 25 jaar gericht op het budget.

De recente budgetbesprekingen over het budget 2008 illustreren zeer goed het overwicht van deze budgettaire dynamiek en van het overlegmodel.

De wet voorziet namelijk een groeinorm van 4,5% + inflatie (gezondheidsindex) + exogene factoren, wat voor dit jaar neerkomt op een reële nominale groei van 6,7%.

Op basis van de historiek van de uitgaven stelt het RIZIV eerst een aantal simulaties op om te bepalen welk uitgavenbedrag bereikt zal worden indien men niets verandert en met constante parameters. Deze berekening van het RIZIV geeft eind september een marge van 680 miljoen euro weer. Vervolgens stijgt de inflatie in 15 dagen van 2 tot 2,2% en dus stijgt ook de marge tot een toe te kennen bedrag van 720 miljoen euro.

- **Het overlegmodel**

De besteding van het budget en de definitie van de werkingsregels van de sector worden voorgelegd aan de partners van de sector zelf. Deze partners zijn vertegenwoordigd binnen de belangrijkste beslissingsorganen en beslechten het geheel van keuzes. De consensus komt geleidelijk tot stand door het in evenwicht brengen van de belangrijkste krachten die hier spelen.

De meest actieve en de best vertegenwoordigde krachten binnen het systeem zijn:

**[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)**

***Hoe gezond is de gezondheidszorg in België?***

123

**CONFIDENTIAL AND UNDER EMBARGO TILL APRIL 30, 08.00 AM**

- De ziekenhuizen
- De zorgverleners
- De industrie
- De ziekenfondsen

- **De verticale benadering**

De ziekenhuizen, de rusthuizen, de eerstelijns geneeskunde, alle vormen van afzonderlijke entiteiten die een apart budget opeisen.

De toekenning van de menselijke en de financiële middelen komt voort uit een afzonderlijke analyse en uit een afzonderlijke budgettoewijzing van de verschillende componenten van het gezondheidssysteem.

Deze drie dimensies zijn gericht op een kortetermijnbenadering:

1. Men legt het budget voor een jaar vast;
2. In functie van de behoeften en van de onderhandelingsmacht van de verschillende vertegenwoordigde partijen;
3. Met een verdeling die niet in functie van de pathologieën, maar op basis van de verschillende zorgverleningstructuren gebeurt.

**3.5.2 De nood aan een prospectieve visie om het hoofd te bieden aan de talrijke uitdagingen**

Zoals we onderstreep hebben in het deel Anatomie, wordt het begin van de XXIste eeuw gekenmerkt door het verschijnen van talrijke uitdagingen:

- De evolutie van de levens- en consumptiegewoonten.

- De uitbreiding van de chronische ziekten.
- Het verlengen van de levensduur en de vooruitgang van nieuwe technologieën en nieuwe behandelingen.
- De toename van de gezondheidsuitgaven en van de behoefte aan menselijke middelen.

Deze talrijke uitdagingen passen in het tijdsbeeld passen en hun gevolgen nemen met de jaren toe. Een kortetermijnvisie en -analyse volstaan niet als men duurzame oplossingen voor die uitdagingen wil aanbrengen. Indien men op termijn alle sterke punten van ons gezondheidssysteem wil waarborgen, dringt er zich dus een prospectieve benadering op die zich niet beperkt tot het lopende jaar.

### **3.5.3 Het actuele gebrek aan visie en aan een middellange- en langetermijnplanning.**

In een studie, in 2005 gerealiseerd door het studiebureau Mc Kinsey <sup>70</sup>, wordt het gebrek aan een langetermijnvisie, die uitmondt in een gebrek aan doelstellingen en aan duidelijke prioriteiten, goed aangetoond. De tijdens de enquête ondervraagde sleutelactoren denken dat het systematisch overschrijden van het budget in de laatste jaren geleid heeft tot een exclusieve focus op deze dimensie en op de korte termijn.

Sinds deze enquête uitgevoerd is, duurt deze situatie verder: er bestaat geen enkel beleid of geen enkel globaal plan dat de middellange- en de lange termijn behelst. De openbare overheden nemen dus geen enkele verantwoordelijkheid op middellange- en op lange termijn.

Op dit moment is er in België geen enkele organisatie officieel belast met het opstellen en a fortiori met de opvolging van een plan op middellange- en op lange termijn. De focus op de budgettaire dimensie verklaart de steeds belangrijker rol die het RIZIV de laatste jaren speelt. Deze budgettaire visie overschaduwde de

<sup>70</sup> Overzicht van het gezondheidslandschap in België – Mc Kinsey – September 2005

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

onontbeerlijke reflectie over de prioriteiten van ons Gezondheidssysteem op middellange- en op lange termijn.

Een eerste interessante stap in de goede richting is gezet door het Kankerplan. Het ontbreken van een visie op middellange- en op lange termijn werd aangeklaagd in het Witboek kanker<sup>71</sup>. Hierin wordt de nood aan een plan op middellange- en op lange termijn duidelijk aangetoond. In een land waar één vrouw op drie en één man op vier door deze plaag geteisterd wordt, toont het de absolute noodzaak aan om dit instrument te ontwikkelen en wijst het ook op het reële gevaar voor ons Gezondheidssysteem indien er geen snelle reactie komt:

*« Ons gezondheidszorgsysteem dat gebaseerd is op de solidariteit en op de uitmuntendheid van de zorgen, lijkt dus aan een sterke druk onderworpen te zijn. Vooral op het gebied van de oncologie wordt de druk door de komst van nieuwe behandelingen en door de stijging van het aantal patiënten steeds groter. En dit in die mate dat we over 5 à 10 jaar riskeren niet meer in staat te zijn de toegang tot kwaliteitszorgen voor alle kankerpatiënten in België te garanderen. Overigens evolueert kanker steeds meer naar een chronische ziekte die behandelingen van lange duur noodzakelijk maken.*

*In die context is het hoognodig geworden om op heel korte termijn, dit wil zeggen ten laatste in 2008, te beslissen preventieve maatregelen te ontwikkelen om de kwaliteit van de oncologische zorgen in België te behouden en om een langetermijnvisie in dit domein te ontwikkelen. Het is zeker nog niet te laat, maar het is tijd om te handelen en dit om te vermijden dat men een systeem met twee versnellingen, ten nadele van de overgrote meerderheid van de patiënten, invoert.»*

Het Kankerplan dat op 2 maart 2008 voorgesteld werd, is om twee redenen interessant: vooreerst omdat het beslist een specifieke pathologie aan te pakken, er budgettaire middelen aan toe te kennen en er een specifiek beleid voor te ontwikkelen. Tot op heden werden de budgettaire middelen immers toegekend aan alle pathologieën samen en op afzonderlijke wijze verdeeld onder de verschillende actoren (ziekenhuizen, artsen, ...). De tweede reden is dat men de

---

<sup>71</sup> Witboek. De aanpak van kanker in België: het hoofd bieden aan de uitdagingen van morgen – 2 juni 2007

***Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming***

reflectie op middellange termijn aanvaardt die tot op heden deertlijk ontbrak in de Gezondheidssector in het algemeen.

Het is van essentieel belang dat men verder gaat dan kanker en dat men deze middellange- en langetermijnvisie uitbreidt tot alle prioriteiten binnen ons gezondheidssysteem. Een visie op middellange- en op lange termijn impliceert het realiseren van een globale evaluatie van het huidige systeem en het opmaken van een prioriteitenlijst voor de toekomst.

Er bestaan goede voorbeelden in het buitenland. Zo heeft Frankrijk een evaluatie en een reflectie ontwikkeld over de prioriteiten voor de toekomst. Het rapport 2007 van de "Haut Conseil de l'Assurance Maladie"<sup>72</sup> heeft een eerste balans opgemaakt van het gevoerde beleid en van de geboekte resultaten en ook een analyse gemaakt van de prioriteiten voor de komende jaren.

In de meeste landen is men nog niet toe aan de ontwikkeling van een evaluatie en van een strategische planning voor de middellange- en voor de lange termijn. De regeringen worden geconfronteerd met een sector waarvoor ze beducht zijn of die ze vaak slecht begrijpen en ze verkiezen aldus tegemoet te komen aan de dringende noodzaak op korte termijn eerder dan een echte, strategische reflectie te beginnen die de prioriteiten en de acties op middellange termijn bepaalt. Nochtans is deze nieuwe benadering nu echt onontbeerlijk geworden. In een context van toenemende druk op de kosten en van nieuwe uitdagingen, is het van cruciaal belang keuzes te maken en de prioriteiten voor de toekomst vast te leggen.

---

<sup>72</sup> Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie – Juillet 2007