



François Dave  
David Crainich

# DE TOEKOMST VAN DE GEZONDHEIDSZORG: DIAGNOSE EN REMEDIES

GEZONDHEID



# DE TOEKOMST VAN DE GEZONDHEIDSZORG: DIAGNOSE EN REMEDIES



# DE TOEKOMST VAN DE GEZONDHEIDSZORG: DIAGNOSE EN REMEDIES

François Daue  
Senior Fellow Itinera Institute

David Crainich  
Onderzoeker aan het CNRS en buitengewoon Professor  
aan de IESEG School of Management  
(Université Catholique de Lille)

ASP

Omslagontwerp: Stipontwerpt, Antwerpen  
Omslagillustratie: Leo Timmers  
Boekverzorging: Stipontwerpt, Antwerpen  
Druk: Nevelland Graphics, Drongen  
Gedrukt op Printspeed, Offset, houtvrij, 120g/m<sup>2</sup>,  
PEFC

© 2008 Uitgeverij ASP nv  
(Academic and Scientific Publishers nv)  
Ravensteingalerij 28  
B-1000 Brussel  
Tel. 0032 (0)2 289 26 50  
Fax 0032 (0)2 289 26 59  
info@aspeditons.be  
www.aspeditons.be

ISBN 978 90 5487 533 8  
NUR 740 / 860  
Wettelijk depot D/2008/11.161 /077

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd  
en/of openbaar gemaakt door middel van druk,  
fotokopie, microfilm, op elektronische of welke  
andere wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke  
toestemming van de uitgever.

## DEEL 1

### ANATOMIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM 13

- 01 | De verschillende dimensies van Gezondheid 14
- 02 | De actoren van het Gezondheidssysteem 28
- 03 | De organisatie van het Gezondheidssysteem 38
- 04 | De evolutie van het Gezondheidsbeleid 52
- 05 | De voornaamste uitdagingen voor de 21<sup>ste</sup> eeuw 62

## DEEL 2

### DIAGNOSE VAN STERKTES EN ZWAKHEDEN 75

- 01 | De traditioneel erkende sterktes van het Belgische gezondheidssysteem 76
- 02 | De evolutie van het budget moet beter beheerst worden 88
- 03 | De kwaliteitsdoelstelling komt onvoldoende tot uiting 108
- 04 | Het aanbod moet evolueren 126
- 05 | De ziektepreventie is onderontwikkeld 146
- 06 | Er ontbreekt een visie op middellange en op lange termijn en een kostenbewustzijn 158

## DEEL 3

### OPLOSSINGEN VOOR DE 21<sup>STE</sup> EEUW 169

- 01 | Een derde generatie Gezondheidsbeleid opbouwen om een duurzaam Gezondheidssysteem te waarborgen 172
- 02 | Ingrijpen in de vraag en het aanbod, eerder dan het budget te beschouwen als een doel op zich 188
- 03 | Een nieuwe rol durven geven aan alle actoren en hen ertoe opleiden 202
- 04 | Nieuwe incentives ontwikkelen om de actoren beter te responsabiliseren 220
- 05 | Meer rekening houden met de efficiëntie bij het stellen van prioriteiten 236
- 06 | Een nieuw voluntaristisch beleid voeren om de socio-economische gezondheidsongelijkheden te verminderen 248
- 07 | Het uitzonderlijke potentieel van de informatica en van de communicatienetwerken beter op elkaar afstemmen en exploiteren 262
- 08 | De voorwaarden voor succes 276

## DEEL 4

### ONZE VOORSTELLEN 287





# ACTIEPLAN VOOR EEN DUURZAAM GEZONDHEIDSSYSTEEM

## VASTSTELLINGEN

Heel wat sterke kanten ... | H. 2.1, pp. 77-87

- De vrijheid van keuze voor de patiënt, de snelle toegang tot de verzorging en de dekking van bijna de volledige bevolking. Drie bijkomende sterke kanten: de algemene dynamiek van ons gezondheidssysteem, de opleiding en vorming van de zorgverstrekkers en de toenemende professionalisering van het beheer van de gezondheidsstructuren.

Maar belangrijke dreigingen voor de toekomst ... | H. 2.2 tot 2.6, pp. 88-158

- De grote uitdagingen voor de 21<sup>ste</sup> eeuw zijn reeds merkbaar in de praktijk: een exponentiële groei van de kosten die de sociale zekerheid aantast, een mogelijk tekort qua personeel, een mindere kwaliteit dan in andere landen, veel te weinig uitgaven voor preventie en een totaal gebrek aan visie op middellange en lange termijn.

## EEN NIEUWE VISIE

- **Zich rekenschap geven van de enorme uitdagingen** die ons in de 21<sup>ste</sup> eeuw te wachten staan en inzien dat een verhoging van het budget een onvoldoende antwoord biedt en bovendien in de toekomst niet langer houdbaar zal zijn (H. 1.5, pp. 62-74)
- **Een veel bredere visie op de gezondheid ontwikkelen** die zich niet louter beperkt tot het genezende aspect of tot de kosten die de overheid draagt, maar die rekening houdt met het welzijn van de bevolking in al zijn dimensies en die alle actoren samenbrengt (H. 1.1, pp. 14-27)
- **De gezondheidssector als een groeipool beschouwen** in plaats van uitsluitend als een kostenplaats met meer dan 400.000 actieve personen (H. 1.2, pp. 28-37)

## DUIDELIJKE DOELSTELLINGEN

- **Voortbouwen op de sterke kanten** van ons systeem zonder ze als een excuus te gebruiken om niet te hoeven handelen. Parallel hieraan, elke burger-patiënt voldoende informatie verschaffen opdat hij van deze sterke kanten gebruik zou kunnen maken (H. 2.1, pp. 76-87)
- **De kosten van de gezondheidszorg beter onder controle houden** en met name aandacht schenken aan de aanzienlijke stijging van het aandeel in de kosten van de patiënten zelf (H. 2.2, pp. 88-107)
- **De kwaliteitsdoelstelling krachtig herbevestigen** door systematisch erkenningprocedures in te voeren (H. 2.3, pp. 108-125)

- **Voor voldoende menselijke middelen zorgen**, zowel in aantallen als qua kwaliteit (H. 2.4, pp. 126-145)
- **De preventie van onder het stof halen** (H. 2.5, pp. 146-157)
- **Een plan opstellen voor de middellange en lange termijn** (H. 2.6, pp. 158-168)

### DOELGERICHTE ACTIES

- **De derde golf van het gezondheidsbeleid ontwikkelen** met de nadruk op de echte verbetering van de gezondheidstoestand, rekening houdend met het toegestane budget. Een echt maatschappelijk debat over de grond van de zaak durven aangaan, zonder taboes (H. 3.1, pp. 172-187)
- **Drempels van activiteitsgraad bepalen** door een minimum aantal ingrepen per ziekte op te leggen of door de burger-patiënt te informeren over het aantal ingrepen dat elk ziekenhuis uitvoert (H. 3.2, pp. 188-201)
- **Een gecoördineerde aanpak van de gezondheidszorg ontwikkelen** en een echte coördinatiefunctie creëren (H. 3.2, pp. 188-201)
- **Alle gezondheidswerkers opleiden tot hun nieuwe rol** door middel van verplichte bijkomende opleidingen die deel moeten uitmaken van het cursuspakket van artsen, apothekers en verpleegkundigen aan de universiteit of de hogeschool (H. 3.3, pp. 202-219)
- **Een nieuwe rol durven toebedelen** aan de ziekenkassen, de private verzekeraars, de ziekenhuizen, de burgers-patiënten, de overheid en de ondernemingen die actief zijn in de gezondheidszorg (H. 3.3, pp. 202-219)
- **Nieuwe incentives uitdokteren en de nomenclatuur herzien** om de samenwerking tussen de zorgverstrekkers te bevorderen zodat ook de ziekte in haar geheel wordt aangepakt (H. 3.4, pp. 220-235)
- **De prioriteiten beter bepalen**, gebruikmakend van de beschikbare nationale en internationale analyses (H. 3.5, pp. 236-247)
- **Zeer gerichte en gecoördineerde acties ondernemen om de ongelijkheid inzake gezondheid te verminderen** (H. 3.6, pp. 248-261)
- **Investeren in de gezondheidsinformatica** door toepassingen die de kwaliteit verbeteren of de kosten verlagen op een bredere schaal te gebruiken, in het bijzonder de regionale of subregionale uitwisseling van de medische dossiers (H. 3.7, pp. 262-275)
- **Alle actoren betrekken in een positieve dynamiek** rondom een goed gecommuniceerd project van verandering (H. 3.8, pp. 276-286)
- **Zorgen voor de sturing en de opvolging door systematisch gebruik te maken** van de indrukwekkende hoeveelheid gegevens die nu reeds wordt verzameld en door de opvolging en de permanente evaluatie van het project en van de ondernomen acties toe te vertrouwen aan een onafhankelijke instelling (H. 3.8, pp. 276-286)

## VOORWOORD

*Gezondheid is de grootste rijkdom.*

Vergilius

In het publieke discours wordt de Belgische gezondheidszorg steevast als één van de beste ter wereld aangeprezen. De logische consequentie daarvan is dat het systeem bovenal moet behouden blijven. En dus wordt het maatschappelijke en politieke debat over gezondheidszorg voornamelijk een budgettair debat, eerder dan een beleidsdebat. We fixeren vooral op centen en procenten, eerder dan op de finaliteit van volksgezondheid.

Het voorliggende boek contesteert deze Belgische consensus. Jawel, de Belgische gezondheidszorg behoort internationaal bij de top, zeker wat betreft toegankelijkheid en keuze. Inzake betaalbaarheid scoren we veeleer middelmatig, overigens met een groter aandeel privéfinanciering dan in vele Europese landen. Ook de kwaliteit is eerder modaal, althans voor zover die objectief meetbaar is.

Bovenal wordt vastgesteld dat de Belgische begrotingsfixatie in gezondheidszorg, die over een periode van een kwarteeuw intussen alle niveaus heeft bereikt, geen houdbaar kompas is voor de toekomst. Al vandaag wordt vastgesteld hoe België, onder toenemende budgettaire druk, ten opzichte van vergelijkbare landen geleidelijk achterstand oploopt op het vlak van kwaliteitsbewaking, preventie, ongelijkheid, innovatie, of organisatie van medisch aanbod. Deze trends worden vooral anekdotisch gevoeld in de sector en zijn op korte termijn amper zichtbaar voor de burger of patiënt. Op lange termijn zijn zij echter bijzonder belangwekkend en zorgwekkend. De 21<sup>ste</sup> eeuw zal voor de Westerse landen namelijk de eeuw van de gezondheidseconomie worden. De combinatie van technologie, wetenschap, demografie en welvaart zal het aandeel van “gezondheid” en “gezondheidszorg” in onze economie sterk opdrijven. Om in die context de klassieke sterkten van de Belgische gezondheidszorg – toegankelijkheid, keuze en betaalbaarheid – te kunnen handhaven, zal meer van hetzelfde nooit genoeg en steeds meer ontoereikend zijn.

Er is dus nood aan visie en aan een perspectief op lange termijn, dat het noodzakelijke budgettaire vraagstuk overschrijdt. Het voorliggende boek koppelt daarom de therapie aan de diagnose. Het geeft zowel grote oriëntaties als concrete aanbevelingen voor een betere toekomst voor de gezondheidszorg in België. Goede buitenlandse voorbeelden en ervaringen dienen daarbij als inspiratie.

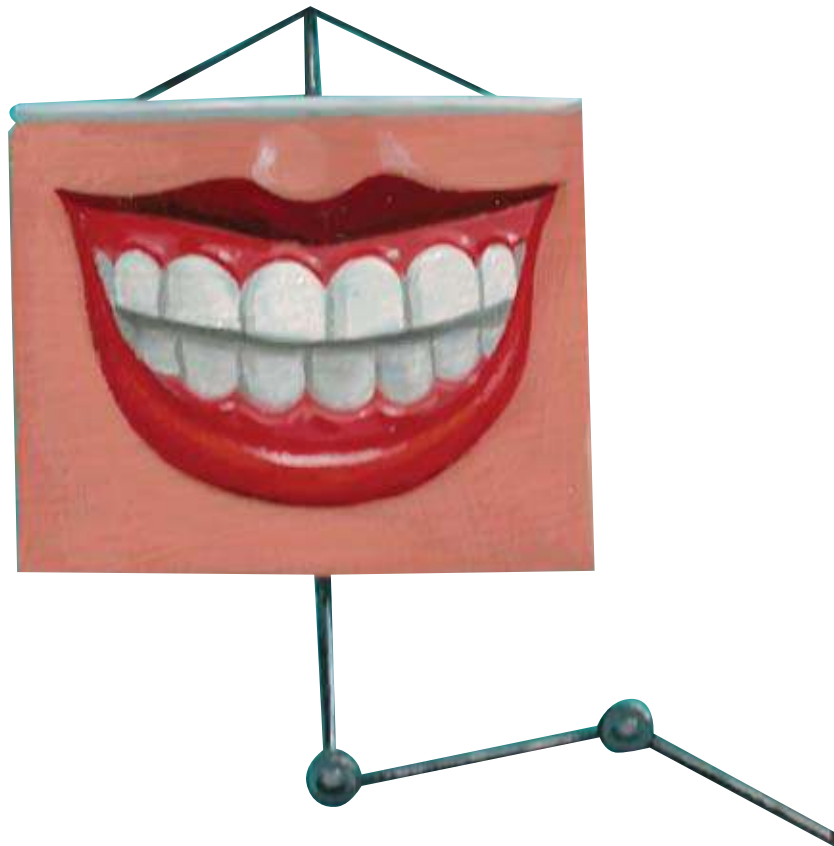
Er is geen reden waarom België zou moeten falen waar andere landen kunnen slagen. Wel integendeel, de sector van de gezondheidszorg kent heel wat expertise en professionalisme. De diverse institutionele actoren hebben niet alleen de verantwoordelijkheid maar ook de opportuniteit om de gezondheidszorg van de 21<sup>ste</sup> eeuw in België mee te realiseren. Die realisatie begint bij een openheid van debat en de identificatie van wenselijke hervormingstrajecten. Aan dat proces wil dit boek constructief bijdragen.

Gezondheidszorg is een zeer complex gegeven, waarin hervorming berust op de actieve betrokkenheid van zeer velen op zeer vele niveaus. Anders dan bijvoorbeeld voor pensioenen of arbeidsmarkt, wordt de noodzaak tot hervorming nog onvoldoende beseft. Moge dit boek zowel dat besef doen groeien als een positieve aanzet vormen, zodat ook de volgende generatie kan steunen op "één van de beste gezondheidszorgen ter wereld".

Marc De Vos  
Directeur van het Itinera Institute

## 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. We danken alle medewerkers van het Itinera Institute en de externe experts die ons hebben bijgestaan in de redactie en de realisatie van deze studie.



DEEL 1

**ANATOMIE VAN  
HET BELGISCHE  
GEZONDHEIDSSYSTEEM**

01

DE VERSCHILLENDE  
DIMENSIES VAN  
GEZONDHEID





Een ruimere visie over gezondheid dringt zich op. Die is niet gelimiteerd tot het curatieve aspect, maar bevat ook de notie van welzijn. Ze integreert zowel publieke als privé uitgaven. Ze plaats de burger-patiënt in het hart van het systeem. Ze erkent, naast de zorgverstrekkers en publieke overheden, ook de rol van betalingsinstellingen en bedrijven die goederen en diensten verlenen.



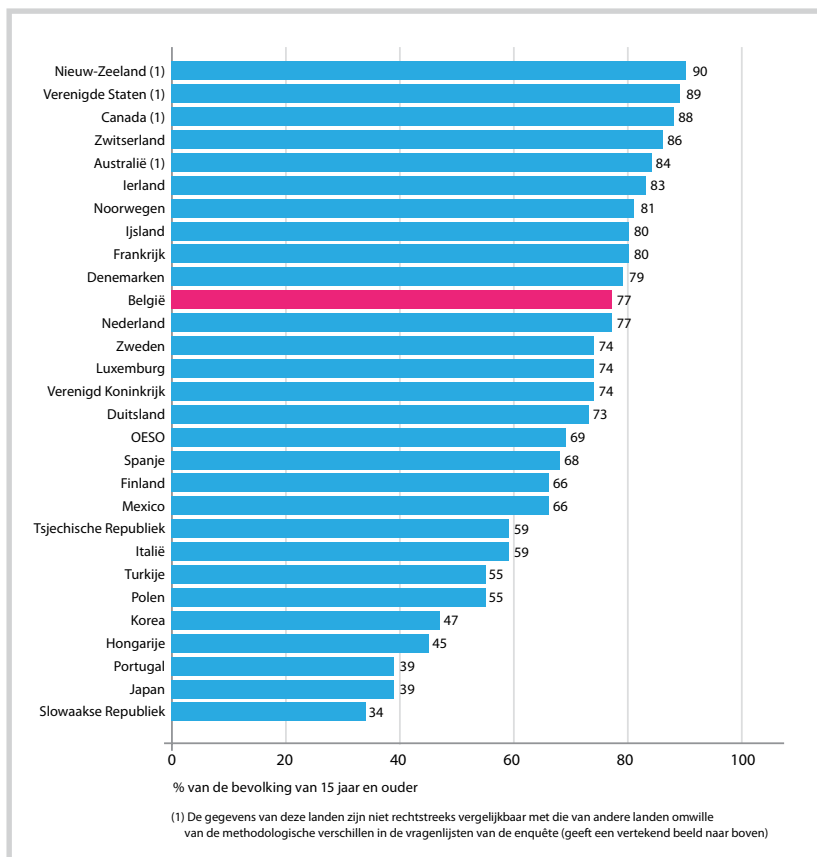
## DE BENADERING « GEZONDHEID » VERSUS « GEZONDHEIDSZORGEN »

Het begrip « gezondheidszorg » wordt doorgaans te eng geïnterpreteerd.

Men moet dringend een bredere kijk ontwikkelen op wat gezondheid nu eigenlijk inhoudt.

- 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

## DE GEZONDHEID EN HET WELZIJN

Er wordt meer en meer aandacht besteed aan 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
- Kinesitherapie en relaxatie
- Parafarmacie
- Meet- en zelfdiagnose-apparatuur ( bijvoorbeeld hartfrequentiemeter)
- Complementaire geneesmiddelen en therapieën...

Dit leidt tot een zeer sterke groei van een nieuwe economische sector.

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.

Met als gevolg dat de burgers een belangrijk deel van de kosten moeten dragen.

### 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

<sup>1</sup> OESO – Health Data 2007.

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.

Hiermee zit België in de Europese kopgroep.

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.

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

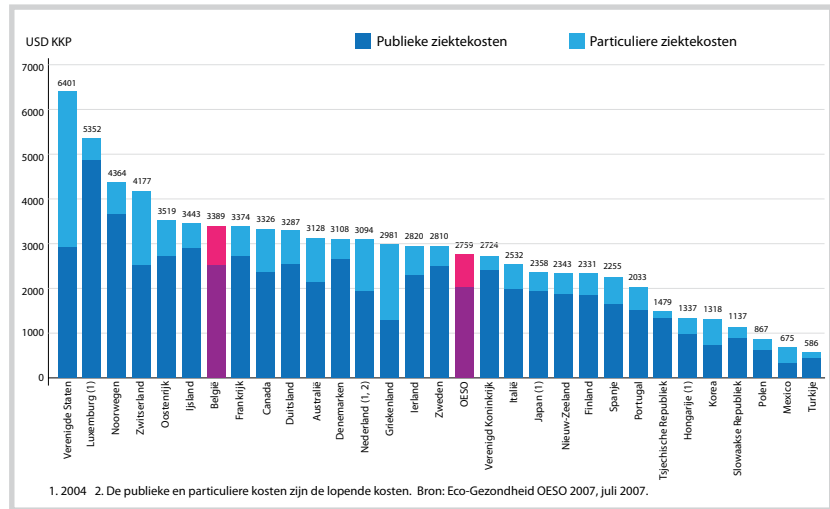
DOOR DE OVERHEID GEDRAGEN PERCENTAGE IN DE GEZONDHEIDSUITGAVEN.  
BRON: OESO HEALTH DATA 2007

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.

De uitgaven per inwoner liggen 23% boven het OESO-gemiddelde.

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



Hun aandeel in de kosten is de afgelopen jaren gestegen.

- 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.

2 OESO – Health Data 2007.

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 GEZONDHEIDSSUITGAVEN IN BELGIË  
BRON: OESO – HEALTH DATA 2007

Een steeds groter deel van het inkomen wordt aan de gezondheid besteed.

- 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 en 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>3</sup> R. Hall en C. Jones, The Value of Life and the Rise in Health Spending, Quarterly Journal of Economics, 2007, 122-1, p 39-72



## HET MODEL VAN DE 5 P'S AFGESTEMD OP DE BURGER-PATIËNT

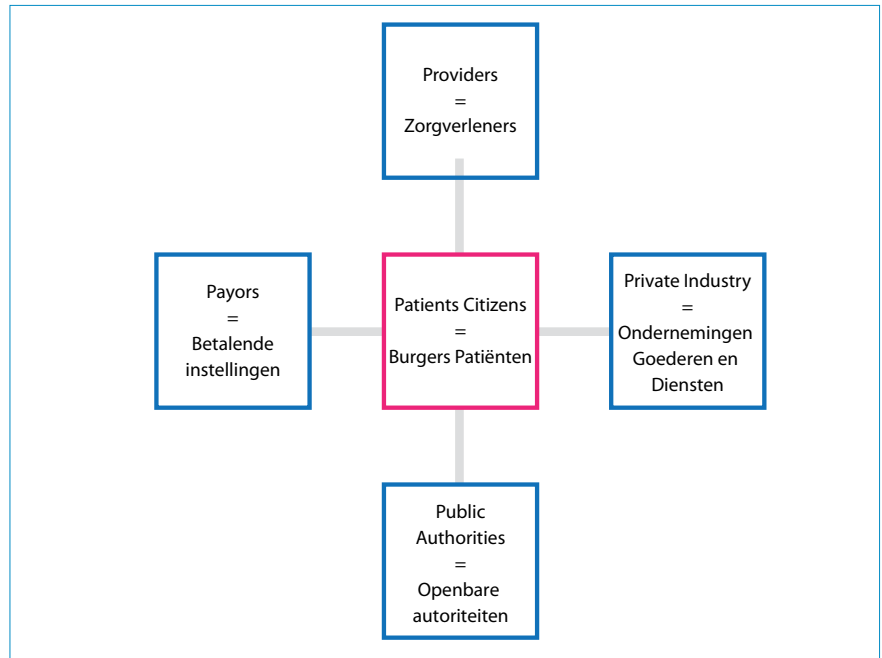
In het verleden keek men slechts naar twee actoren: de zorgverleners en de overheid als financier.

Tegenwoordig moet men met vijf belangrijke actoren rekening houden.

In het verleden, waren de studies over de Gezondheidssector in België meestal geconcentreerd op en beperkt tot het onderzoeken van twee hoofdfactoren 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 hoofdfactoren omvat - de 5 P's.



Centraal in dit schema staat de burger-patiënt.

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 voedingsector, 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 groot belang om de burgers-patiënten in twee groepen in te delen. Initieel is de burger weliswaar nog niet ziek, maar oefent hij toch reeds een invloed uit op het gezondheidssysteem in de toekomst. Daarna wordt hij effectief patiënt, wat leidt tot een concentratie van kosten in een korte periode.

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 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

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

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).

## 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.



## VOORSTEL

**Een veel bredere visie op de gezondheid ontwikkelen** die zich niet louter beperkt tot het genezende aspect of tot de kosten die de overheid draagt, maar die rekening houdt met het welzijn van de bevolking in al zijn dimensies. Dit houdt in dat men het traditionele actieterrain van het gezondheidsbeleid moet uitbreiden van de zorgverstrekkers en de overheid naar de burgers-patiënten, de ziekenkassen, de private verzekeraars en de leveranciers van goederen en diensten. Al deze actoren moeten worden beschouwd als essentiële drijvende krachten achter de veranderingen en moeten worden betrokken bij het denkproces en bij de acties.

**Quick win: jaarlijks overlegforum « Gezondheid 2050 » dat door de overheid wordt gesteund en dat alle actoren uit de wereld van de gezondheid samenbrengt: de overheid, de burgers-patiënten, de zorgverstrekkers, de private verzekeraars, de leveranciers van goederen en diensten, de verenigingen.**



02

# DE ACTOREN VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM



Gezondheid is een sleutelsector. 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 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.





## DE BASISACTIVITEITEN

de basisactiviteiten = 400.000 personen

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:

### De overheid « public authorities »

de overheidsinstanties op het gebied van de gezondheid = 5.000 personen

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

Instelling	Aantal
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

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

de ziekenkassen = 20.000 personen

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>

Instelling	Aantal
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.

### 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:

de farmaceutische industrie = 30.000 personen  
de sector van het medisch materiaal = 5.000 personen

Sector	Aantal
Farmaceutische industrie <sup>1</sup>	28605
Medische hulpmiddelen <sup>2</sup>	5500

1 Pharma.be

2 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:

<sup>5</sup> Enquête Itinera

<sup>6</sup> Jaarrapport DKV 2006

Land	% van de totale werkstelling	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

SOURCE: OESO – HEALTH DATA 2007

de zorgverleners = 335.000 personen

- 38.828 huisartsen en geneesheren-specialist
- 127.846 zorgverleners buiten de ziekenhuizen
- 167.865 medewerkers in de ziekenhuizen (waarvan er 92.000 effectief in de zorgverlening tewerkgesteld zijn)

### De zorgverleners « providers »

- De grootste groep, bijna 35.000 personen, bestaat uit zorgverleners.<sup>7</sup>
- Het medisch korps, met 38.828 algemeen geneeskundigen en specialisten, maakt slechts 12% van die 335.000 personen uit. Dit cijfer omhelst 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>8</sup>

Type verzorglener	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
Diëtisten buiten het ziekenhuis	151
Podologen	239
Orthopedisten	94

<sup>7</sup> Jaarverslag RIZIV, 2006

<sup>8</sup> Jaarverslag RIZIV, 2006

- 167.865 personen, exclusief de artsen, werken in het ziekenhuis:<sup>9</sup>
- o 26.684 personen staan in voor directie- en administratieve functies in het ziekenhuis (boekhouding, secretariaat, beleid, ...)
- o 28.550 personen zijn actief in de schoonmaak en het onderhoud van de ziekenhuizen.
- o 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.

## DE ANDERE ACTIVITEITEN

Maar in dit aantal van ongeveer 400.000 personen zijn de vele verenigingen en bedrijven zelfs nog niet opgenomen.

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:
  - o De informaticabedrijven
  - o De landbouw en voedingsindustrie en -distributie
  - o De interim-bedrijven
  - o De bank- en verzekeringssector
  - o De telecommunicatiebedrijven
  - o 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:
  - o De fitnesszalen
  - o De sportclubs
  - o De zeer diverse zorgen en activiteiten betreffende lichaamsverzorging en welzijn: balneotherapie, hydrotherapie, relaxatie, ...

<sup>9</sup> FOD Volksgezondheid, 2005

- 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>10</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.

## EEN BELANGRIJKE VERGELIJKING

9.38% van de beroepsbevolking is tewerkgesteld in de gezondheidszorg.

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>11</sup>

Dit is meer dan in het onderwijs ...

Ter vergelijking<sup>12</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 ).

... en twee keer meer dan in de bouw.

Indien we een internationale vergelijking<sup>13</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

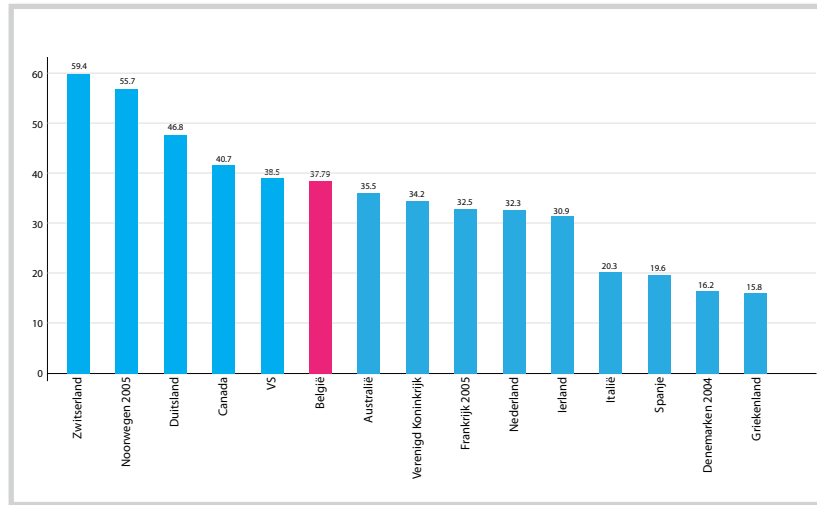
<sup>10</sup> Confederatie van de social profit ondernemingen

<sup>11</sup> RSZ – bezoldigde banen 1<sup>ste</sup> trimester 2007

<sup>12</sup> Belgostat 2006

<sup>13</sup> OESO

## WERKGELEGENHEID IN DE GEZONDHEIDSECTOR PER 1000 INWONERS





### VOORSTEL

**De gezondheidssector als een groeipool beschouwen** in plaats van uitsluitend als een kostenplaats. Er werken vierhonderdduizend mensen in de gezondheidssector, die hiermee een prominente plaats inneemt op het vlak van de tewerkstelling, van toegevoegde waarde voor steden en regio's en van de aankoop van goederen en diensten.

**Quick win: een onderzoekscentrum (het KCE bijvoorbeeld) belasten met het voortdurend en in real time meten van de tewerkstelling en van de toegevoegde waarde van de sector. Tot op vandaag bestaan er geen geconsolideerde cijfers; de eerste oefening die wij hebben gedaan is zeer arbeidsintensief geweest.**

03

# DE ORGANISATIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM





De Gezondheidszorg in België wordt gekarakteriseerd door de verschillende bestuursniveau's en een versnippering van de bevoegdheden. Ze vindt haar inspiratie in het Bismarckiaans model, ze wordt met andere woorden gefinancierd door sociale bijdragen. Geleidelijk neemt het aandeel van de financiering op basis van sociale bijdrage af. Het financieringssysteem is sinds begin jaren 1980 geëvolueerd naar een prospectief model, en een responsabilisering van de actoren. De belangengroepen spelen in België een bijzondere rol, in de discussies, reglementering en aanwending van budgetten, zowel op federaal als regionaal vlak.



## DE DRIE MACHTSNIVEAUS

De federale overheid heeft als belangrijkste taak om het brede wettelijk kader en het gezondheidsbudget te bepalen.

### 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 worden.

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 (hospitals, 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).

Er zijn twee federale overheidsdiensten: de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de FOD Sociale Zekerheid.

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**.

### 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.

De gemeenschappen, van hun kant, zijn belast met de zogenaamde persoonsgebonden aangelegenheden: preventie, normen, erkenningen, werken,...

De provincies en gemeenten hebben slechts zeer beperkte bevoegdheden.

### 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 spoedgeval-lenzorg en van de openbare ziekenhuizen.

Er zijn drie grote categorieën gezondheidssystemen.

## 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 liberale Amerikaanse systeem gebaseerd op een vrijwillige private verzekering.

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>14</sup> In de systemen die geïnspireerd zijn op Bismarck en Beveridge, is de verzekering voor geneeskundige verzorging echter verplicht en gebaseerd op solidariteitsprincipes.

Het Beveridge-systeem dat gefinancierd wordt door de belastingen.

Het beveridgiaans 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

<sup>14</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 »).

Het Bismarck-systeem, dat gefinancierd wordt door de sociale zekerheidsbijdragen van werkgevers en werknemers.

Het Belgische gezondheidssysteem haalt zijn inspiratie bij Bismarck.

- 1) De afhoudingen zijn proportioneel hoger naarmate het inkomen stijgt.
- 2) De zorg wordt verleend in functie van de zorgbehoeften van elk individu.

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 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 verzekering. Deze landen situeren zich dus tussen de gezondheidssystemen van Beveridge en van Bismarck.

De onderstaande tabel vat de voornaamste verschillen tussen de beveridgiaanse en de bismarckiaanse systemen samen. De manier waarop de financiering en de organisatie van de zorg gebeuren zijn 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).

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

De grote lijnen van onze sociale zekerheid zijn uitgestippeld in het Sociaal Pact tussen de syndicaten en de werkgevers van 1944.

Een ander keerpunt was de oprichting van het RIZIV in 1963.

De recente hervormingen worden gekenmerkt door een groeiende inmenging van de overheid.

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 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).

Het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering van de gezondheidszorg neemt, daarentegen, af.

Het Belgisch gezondheidssysteem weerspiegelt de geschiedenis van de ziekenkassen.

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.

## 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

De bijdragen en de ontvangsten worden over de verschillende takken van de sociale zekerheid verdeeld.



Het leeuwendeel (35,5%) gaat naar het RIZIV.

Maar dit budget mag in reële termen hoogstens 4.5% stijgen in vergelijking met 2003.

De ziekenkassen krijgen een budget dat bepaald is in functie van factoren uit het verleden, enerzijds, en verwachtingen naar de toekomst toe, anderzijds.

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, hoofdstuk 1). 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 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 ziekteverzekering betaalt de geneesheren, zowel degene in de ziekenhuizen als die daarbuiten, per medische handeling.

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>15</sup>: honoraria, lonen of een vast bedrag per patiënt en per jaar ("capitatie").

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 financiering van de klinische afdelingen en van de ondersteunende diensten van de ziekenhuizen is gebaseerd op de behoeften en op de prestaties in vergelijking met de andere ziekenhuizen.

De in de ziekenhuizen uitgevoerde medische behandelingen worden - net als de ambulante zorgen - per prestatie vergoed. De kost van de gemeenschappelijke diensten (hotteldiensten, 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 tezelfdertijd 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

<sup>15</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.

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.

Openbare ziekenhuizen en privé-klinieken worden op dezelfde wijze gefinancierd en vervullen dezelfde basistaken.

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.

## HET GEWICHT VAN DE LOBBY'S 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.

Belangengroeperingen spelen een aanzienlijke rol in België. De beslissingen die worden genomen en de manier waarop de middelen worden verdeeld, worden rechtstreeks beïnvloed door het belang en de macht die elk van deze groeperingen heeft.

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



### VOORSTEL

Door de versnippering van de bevoegdheden en door de talrijke bestuursniveaus is het moeilijk om een samenhangend en gestructureerd gezondheidsbeleid uit te stippelen en uit te voeren. Een bijkomende moeilijkheid ligt in de belangrijke rol die de belangengroeperingen zowel federaal als gewestelijk spelen bij alle discussies, reglementeringen en aanwending van de middelen. Ondanks deze complexiteit is het financieringssysteem sinds het begin van de jaren 1980 toch sterk geëvolueerd. Maar om het voortbestaan van ons gezondheidssysteem te verzekeren, zijn er meer ingrijpende hervormingen nodig, los van enig individueel belang. De overheid speelt hierbij een cruciale en beslissende rol om in alle vrijheid te zoeken naar de optimale oplossingen.

04

# DE EVOLUTIE VAN HET GEZONDHEIDSBELEID



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 in de zorg jaren », een periode van maximalisatie van de kwaliteit 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 met drie grote hervormingsgolven: eerst de ziekenhuizen, dan de ziekenfondsen en het RIZIV, en ten slotte de farmaceutische nijverheid en de uitbreiding van de dekking inzake gezondheidszorg.





## DE EERSTE GOLF: DE TWINTIG JAAR “ZORGELOZE GROEI VAN DE ZORG” 1963-1982

Vanaf de jaren zestig tot in het begin van de jaren tachtig werd er louter gestreefd naar kwaliteitsverbetering, zonder bekommernis om de kosten.

Dit resulteerde in een kostenspiraal van het gezondheidssysteem.

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 tezelfdertijd de vrije keuze van arts en van ziekenhuis, de betaling per prestatie en de onafhankelijke medische praktijk garandeert. Er worden nieuwe categorieën rechtshabbers 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 terugbetalingssysteem dat er in bestaat de ziekenhuizen terug te betalen op basis van de reëel gemaakte kosten. De wet van 1963 voorzag in principe een uniforme verpleegdagprijs voor alle ziekenhuizen, maar in haar artikel 9 voorzag 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.

## DE TWEDE GOLF: DE VIJFENTWINTIG “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 geheel van de traditionele doelstellingen te bereiken. Het doel om de kwaliteit aan gelijk welke prijs te maximaliseren die in de “zorge-loze 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:**

### 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 (

In het begin van de jaren tachtig veranderde de overheid het geweer van schouder.

De nadruk ligt nu op de beheersing van de kosten.

De eerste hervormingen treffen de ziekenhuissector vanaf 1982-1986

- beperking van het aantal dagen ziekenhuisverblijf
- begrenzing van de dagligprijs

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.

Dit tijdperk van hervormingen zou blijven doorwerken in de daaropvolgende decennia.

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.

## 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>16</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:
  - o De eerste verdeelsleutel bestaat gewoon in het aandeel van de door elke verzeke-

Vanaf 1990 waren de mutualiteiten en het RIZIV aan de beurt:

- In 1990 werd de totale begroting voor de ziekteverzekering scherper gecontroleerd;
- In 1994 volgde de financiële verantwoordelijkheid van de mutualiteiten.

<sup>16</sup> Health Care Systems in Transition – WHO – Belgium 2000

ringsinstelling 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.

- o 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.

De jaren 2000 worden gekenmerkt door drastische maatregelen met betrekking tot de markt van de geneesmiddelen.

Uitbreiding van de dekking:

- In 2001 de dekking van de maximumfactuur ;
- In 2007 het systeem van verhoogde tegemoetkomingen aan personen beneden een bepaalde inkomensdrempel (Omnio) ;
- In 2008: uitbreiding naar de kleine risico's voor zelfstandigen.

## 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 referentieprij 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 terugbetalingssysteem 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 inkomensgrens bevinden (Omnio).
- 2008: uitbreiding van de dekking kleine risico's tot de zelfstandigen mits een aanpassing van de bijdragen.

In 2004 werd de numerus clausus ingevoerd.

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

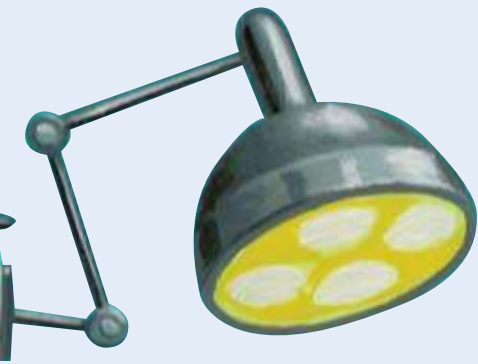
De afgelopen 25 jaar zijn de maatregelen grotendeels budgettair gemotiveerd.

Alle hervormingen worden geleidelijk ingevoerd.

De hervormingen gebeuren zonder echte omwentelingen, en met een hele reeks stimulansen.

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 lobby's die binnen alle belangrijke beslissingsorganen actief zijn.



### VOORSTEL

De twintig « gevoelsmatige » jaren en de vijftientig jaren van begrotingscontrole hebben de totstandkoming en het behoud mogelijk gemaakt van een kwalitatief gezondheidssysteem dat voor iedereen toegankelijk is. Dankzij de voortdurende aanpassingen van de wetgeving is de financiering echt verbeterd en draait het systeem meer gesmeerd. Deze nadruk op de beschikbare financiële middelen volstaat echter niet om het voortbestaan van ons systeem in de 21<sup>ste</sup> eeuw te verzekeren. Om de nieuwe uitdagingen van de 21<sup>ste</sup> eeuw het hoofd te bieden, moet er een nieuw beleid worden uitgedokterd, in dezelfde geest van vernieuwing en van gemeenschappelijk overleg die tot nu toe al gold.

05

DE VOORNAAMSTE  
UITDAGINGEN VOOR DE  
21<sup>STE</sup> EEUW





Er zijn talrijke nieuwe uitdagingen voor de XXIste eeuw: 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 nieuwe behoeften in termen van menselijke middelen veroorzaken.



In de komende decennia wachten er ons nog belangrijke uitdagingen.

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:

Meer en meer mensen leven ongezond. Dit houdt een groot risico in voor de toekomst.

## 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.

Enerzijds zijn er nu veel minder rokers dan vroeger.

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 uitmuntende plaats, maar het is echter pas vandaag dat we de gevolgen ondergaan van de 40% rokers uit het verleden...

Anderzijds zijn er sinds 1980 in alle landen van de OESO meer en meer mensen zwaarlijvig. Deze evolutie heeft aanzienlijke gevolgen.

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

Eén volwassen Belg op drie weegt teveel; één op tien volwassen Belgen is zelfs zwaarlijvig.

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, toch wordt 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.

Volgens de resultaten van de Nationale Voedselconsumptiepeiling<sup>17</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 Belgische de vrouwen** vertonen **overgewicht**. Respectievelijk 14% en 13% zijn obees. Dit betekent een reële stijging en indien dit ritme zich handhaaft, zal weldra een 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>18</sup>

## DE TOENAME VAN DE CHRONISCHE ZIEKTEN

De toename van chronische aandoeningen vormt een belangrijke uitdaging. Het gaat hier om hartaandoeningen, hersenbloedingen, kanker, chronische respiratoire aandoeningen en suikerziekte.

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>19</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.

<sup>17</sup> Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005

<sup>18</sup> Nicolas Guggenbühl "HEALTH & FOOD" nummer 49, november 2001

<sup>19</sup> Prévention des maladies chroniques: un investissement vital: WGO-rapport 2006

**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
- 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 rechtstreekse kost is enorm hoog. Bovendien komt daar nog het verlies van BBP bij.

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>20</sup> geeft talrijke significante voorbeelden, waaronder de volgende:

- In het Verenigd Koninkrijk hebben de hartaandoeningen aan het volksgezondheidsstelsel 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.

<sup>20</sup> Prévention des maladies chroniques: un investissement vital: WGO-rapport 2006

Ziekten van hart en bloedvaten blijven de belangrijkste doodsoorzaak in België; elk jaar overlijden er 38.000 mensen aan.

Kanker is de op een na belangrijkste doodsoorzaak, met 27% van de overlijdens in België. Eén man op drie en één vrouw op vier worden voor hun vijfenzeventigste met kanker geconfronteerd.

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

- 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>21</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>22</sup>

Kanker is de eerste doodsoorzaak voor de leeftijdscategorie tussen de 40 en de 60 jaar. Een man op drie en een vrouw op vier worden 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>21</sup> La prise en charge du cancer en Belgique: relever les défis de demain – juni 2007

<sup>22</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.

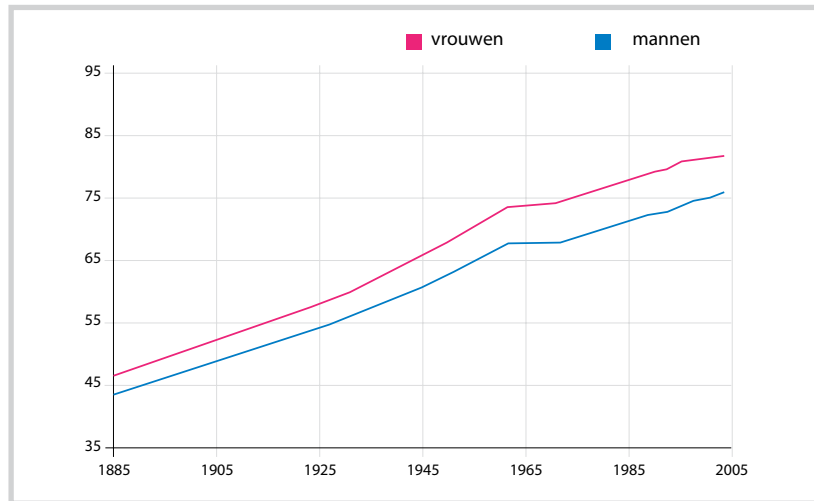
## DE VERLENGING VAN DE LEVENSDUUR EN DE VOORUITGANG VAN DE NIEUWE TECHNOLOGIËN EN NIEUWE BEHANDELINGEN

In de OESO landen blijft de levensverwachting gelukkig verder stijgen en blijft de sterftegraad verder dalen.

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 dat in 2000 geboren is 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 LEVENSV ERWACHTING BIJ DE GEBORTE



Er komen voortdurende nieuwe technologieën en nieuwe behandelingswijzen bij.

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.



## TOENAME VAN DE GEZONDHEIDSUITGAVEN EN VAN DE BEHOEFTE AAN MENSELIJKE MIDDELEN

De uitgaven voor de gezondheidszorg zullen veel meer stijgen dan in het verleden.

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>23</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>24</sup>

Meer uitgaven voor de gezondheid = stijgende behoefte aan bijkomend personeel.

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>23</sup> PriceWaterhouseCoopers Healthcast 2020: Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel

<sup>24</sup> Stefan Bergheim – À votre santé et à encore plus de croissance – Revue problèmes économiques – 4 juli 2007

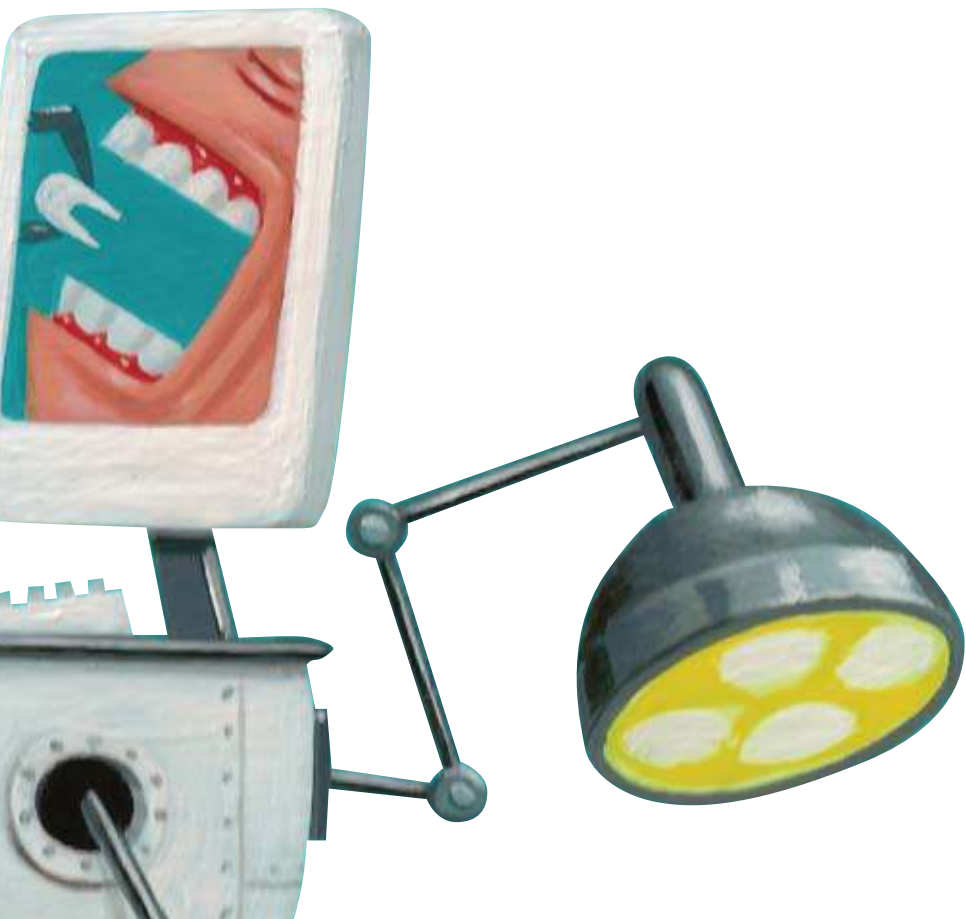


### AANBEVELING

**Zich rekenschap geven van de enorme uitdagingen** die ons in de 21<sup>ste</sup> eeuw te wachten staan en inzien dat een verhoging van het budget een onvoldoende antwoord biedt en bovendien in de toekomst niet langer houdbaar zal zijn. Deze uitdagingen moeten op wetenschappelijke wijze worden gemeten en geobjectiveerd.

**Quick win: oprichting van een dienst voor voortdurende evaluatie, gecoördineerd door de FOD Volksgezondheid en door het RIZIV, met als opdracht om de ontwikkelingen waaraan we ons in de komende dertig jaar mogen verwachten te identificeren en te kwantificeren**





DEEL 2

**DIAGNOSE VAN  
STERKTES EN  
ZWAKHEDEN**

01

DE TRADITIONEEL  
ERKENDE STERKTES  
VAN HET BELGISCHE  
GEZONDHEIDSSYSTEEM



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. Bepaalde aspecten van deze sterke punten kunnen ook zwaktes inhouden die in het derde deel zullen aangehaald worden, maar in essentie worden ze als troeven beschouwd.

We weerhouden eveneens drie bijkomende sterke punten. 1ste sterk punt: de door het systeem teweeggebrachte algemene dynamiek in de uitvoering van activiteiten inzake 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 wedijver tussen de verschillende actoren van het Gezondheidssysteem. 2de sterk punt: de basisvorming en de kwaliteit van de zorgverleners. 3de sterk punt: de professionalisering van het beleid. Het gezondheidssysteem heeft tijdens de laatste 15 jaar een zeer 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 vooruitgegaan. En tezelfdertijd zijn de organisaties, de structuren en de processen veel professioneler geworden: ziekenhuizen, ziekenfondsen, overheden...





Zes belangrijke troeven ...

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.

1. Dankzij de verplichte ziekteverzekering is de dekkinggraad heel hoog

## DE DEKKINGSGRAAD 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.

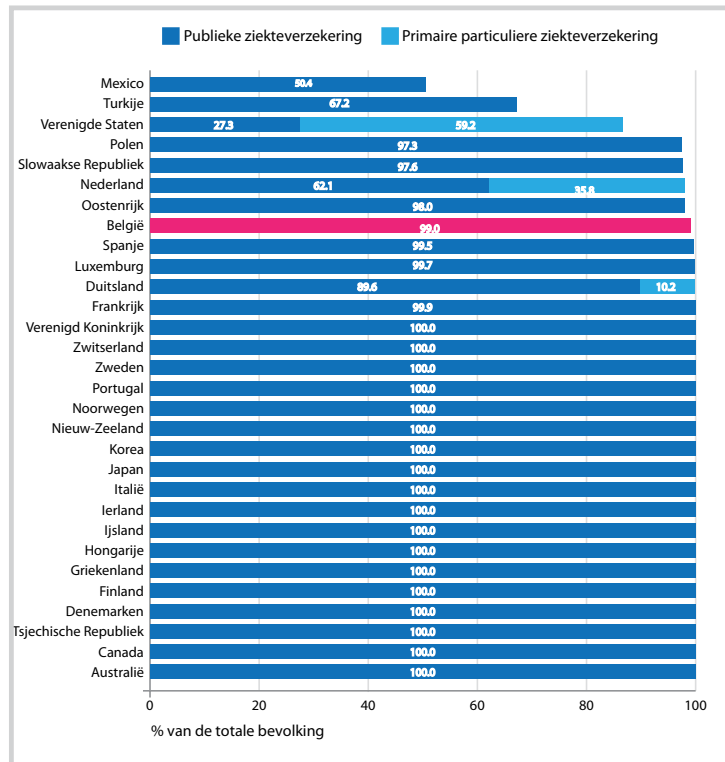
De gegevens omvatten de personen die in eigen naam gedekt zijn en de personen die ze ten laste hebben.

99% van de bevolking valt onder de verplichte verzekering.

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



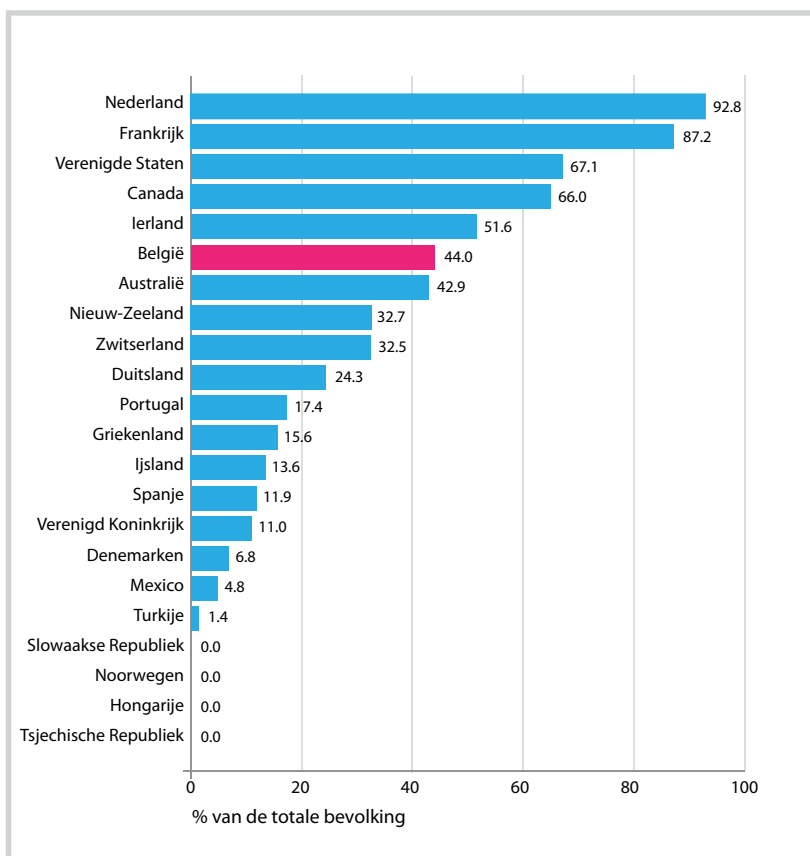
Maar een universele dekking is geen synoniem voor kosteloosheid.

40% van de bevolking heeft een private ziekteverzekering.

- 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 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 vallen, 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. De keuzevrijheid van de patiënt: het staat de patiënten vrij om hun verzekeringsinstelling en de zorgverstrekkers te kiezen.

De vrijheid is belangrijk omdat de patiënt elders kan gaan als de dienstverlening hem niet bevalt.

Ze is ook belangrijk omdat ze het dynamisme tussen de instellingen aanwakkert.

## 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. En 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. En 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

Maar deze intrinsieke sterkte wordt gefnuikt door de gebrekkige informatie waarover de patiënt beschikt.

3. De toegang tot de gezondheidszorg: België is koploper.

Deze gemakkelijke toegang vermijdt dat de toestand van de patiënt onnodig verslechtert en voorkomt onnodige verwickelingen.

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

## 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

Maar het systeem wordt te weinig gecoördineerd.

#### 4. De algemene dynamiek:

- Wedijver tussen de verschillende actoren ;
- Autonomie van de raden van bestuur en van de directiecomités;
- Het statuut van zelfstandige.

Maar als de inzet van de middelen onvoldoende gecoördineerd wordt, kunnen deze factoren een averechts effect hebben.

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.

## 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 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 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.

5. Onze basisopleiding heeft een uitstekende reputatie.

## 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 een 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.

6. Er is ook een belangrijke vooruitgang geboekt op het vlak van het beheer. De beheersstructuur in de sector van de ziekenhuizen is ingrijpend veranderd.

## 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.

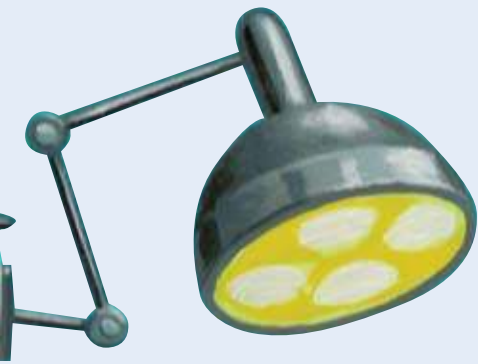
Een bijzonder frappant voorbeeld is de ziekenhuissector: in het verleden beruiste het echte beleid enkel bij de directeur en dat was dan nog slechts halftijds vermits de rest van zijn tijd besteed werd aan taken die te maken hadden met het dagelijkse bestuur. Hij was omringd door de boekhouding, de personeelsdienst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





## VOORSTEL

**Voortbouwen op de sterke kanten** van ons systeem zonder ze als een excuus te gebruiken om niet te hoeven handelen. De doelstellingen en de grondslagen van ons gezondheidssysteem duidelijk herbevestigen: vrijheid van keuze, toegankelijkheid, dynamiek van het systeem. Parallel hieraan, elke burger-patiënt voldoende informatie verschaffen opdat hij van deze sterke kanten gebruik zou kunnen maken. Vrijheid van keuze heeft immers slechts zin wanneer men terdege geïnformeerd is.

**Quick win: naar het voorbeeld van Frankrijk, de publicatie in de pers en/of op gespecialiseerde websites toelaten van gegevens m.b.t. de sterke kanten per specialiteit van de ziekenhuizen, m.b.t. hun succes in de strijd tegen ziekenhuisinfecties ...**

02

DE EVOLUTIE VAN HET  
BUDGET MOET BETER  
BEHEERST WORDEN



Sedert 25 jaar is alle aandacht in hoofdzaak naar het budget gegaan. Nochtans kennen de overheids- en de privé-gezondheidsuitgaven een exponentiële toename. In de toekomst zal dit budget ruim ontoereikend zijn en dit ondanks de steeds groter wordende financiële aderlating voor de gezinnen... Het Rekenhof wijst er op dat deze exponentiële groei niet onder controle is en dat hij de sociale zekerheid kannibaliseert.



## EEN EXPONENTIËLE TOENAME VAN DE OVERHEIDS- EN PRIVÉ-GEZONDHEIDSUITGAVEN

De uitgaven stijgen veel sneller dan het BBP.

Zowel de overheidsuitgaven als de private uitgaven stijgen exponentieel: van 7% van het BBP in 1985 tot 10,3% van het BBP in 2005.

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 exponentiele 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

Land	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<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>Japon</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

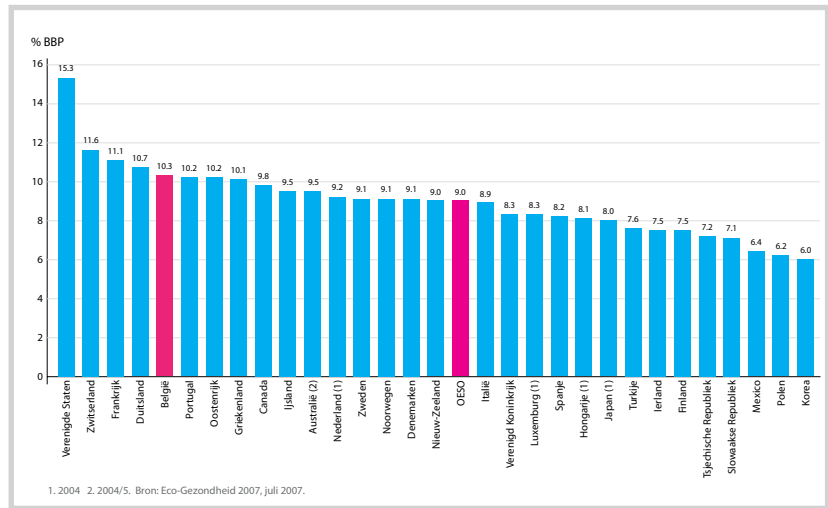
BRON: OESO

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>1</sup>

<sup>1</sup> OESO, Eco Santé 2007, comment la Belgique se positionne, 2007.

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



Dit percentage ligt ver boven het OESO-gemiddelde (9%).

Deze evolutie is niet per se slecht, omdat ze positieve effecten kan hebben op het vlak van de gezondheid en qua complementaire economische activiteit. Maar zonder financieringsmogelijkheid in de toekomst zal er geen sprake meer zijn van enige gunstige effecten.

Het Rekenhof heeft de vinger gelegd op de wonde van de ontsparing van de uitgaven voor de gezondheidszorg.

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 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.

In 1994 was er uitgegaan van een reële stijging van de private kosten met 1,5%.

Zoals het Rekenhof het uitlegt, was het budget in 1994 geplafonneerd op 9.791,8 miljoen euro (39,5 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 %).

Vanaf 1999 is de stijgingsgraad meerdere keren herzien.

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 groeicnorm 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 groeicnorm van 1,5% opgetrokken naar 2,5% (vanaf 2005, bedraagt de norm 4,5 %).

Tegen 1999 lag de toename van de kosten al bijna twee keer zo hoog als voorzien in 1994.

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).
- 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 bevoog zich binnen een vork gaande van 0,3% tot 3,3%.

De begroting is de uitgaven op de voet gevolgd.

Sinds 2004 is de begrotingsdiscipline merkkelijk verbeterd, maar de uitgaven blijven sneller stijgen dan wat oorspronkelijk was voorzien.

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



Het Rekenhof ziet hiervoor drie belangrijke oorzaken:

1. het ontbreken van duidelijke keuzen;
2. een ondoorzichtig begrotingsproces;
3. de gegevens zouden beter moeten worden uitgediept en beter moeten worden gecontroleerd.

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 uitgavenevolutive 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) 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.»
- «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 uitgavenevolutive, verder moeten worden uitgewerkt en beter gecontroleerd.»

Samengevat kunnen we zeggen dat de toename van de gezondheidsuitgaven door de overheid kadert in de groeicijfer 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 beroepen op kunstgrepen zoals de exogene uitgaven die uitgaven toelaten die niet opgenomen zijn in de berekening van de norm).

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

De financiering stoelt meer en meer op private bijdragen.

## 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. Deze tabel geeft de overheidsuitgaven van verschillende OESO-landen weer.

Land	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<a href="#">Duitsland</a>	76,2	81,6	80,8	80,1	79,8	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9
<a href="#">Australië</a>	67,1	66,7	67,8	67,3	70,0	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	
<a href="#">Oostenrijk</a>	73,5	71,5	75,5	75,7	76,1	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7
<a href="#">België</a>		78,5	76,8	76,3	76,1	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3
<a href="#">Canada</a>	74,5	71,4	70,3	70,7	70,0	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3
<a href="#">Denemarken</a>	82,7	82,5	82,3	82,0	82,2	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1
<a href="#">Spanje</a>	78,7	72,2	72,5	72,2	72,0	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4
<a href="#">Verenigde Staten</a>	39,4	45,3	45,1	44,0	43,5	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1
<a href="#">Finland</a>	80,9	75,6	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8
<a href="#">Frankrijk</a>	76,6	78,6	78,6	78,6	78,4	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8
<a href="#">Ierland</a>	71,7	71,8	73,7	73,5	72,7	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0
<a href="#">Italië</a>	79,5	70,8	70,8	70,4	70,7	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6
<a href="#">Japan</a>	77,6	83,0	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	
<a href="#">Luxemburg</a>	93,1	92,4	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,3	90,2	90,7
<a href="#">Noorwegen</a>	82,8	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6
<a href="#">Nieuw-Zeeland</a>	82,4	77,2	77,3	77,0	77,5	78,0	76,4	77,9	78,3	77,2	77,4
<a href="#">Nederland</a>	67,1	71,0	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5			
<a href="#">Portugal</a>	65,5	62,6	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	72,3
<a href="#">Verenigd Koninkrijk</a>	83,6	83,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1
<a href="#">Zweden</a>	89,9	86,6	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6
<a href="#">Zwitserland</a>	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%).

27,7% van de uitgaven voor de gezondheid worden gedragen door privé-verzekeringen of worden rechtstreeks door de patiënt betaald.

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>2</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%	
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>	5,35%

PRIVÉ-FINANCIERINGSBRONNEN VAN DE GEZONDHEIDSUITGAVEN  
SOURCE: ASSURALIA 2007

Het privé-aandeel wordt in hoofdzaak gedragen door de patiënt zelf (77,34% in 2005) en in bijkomende mate door private verzekeringen (10,21%).

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

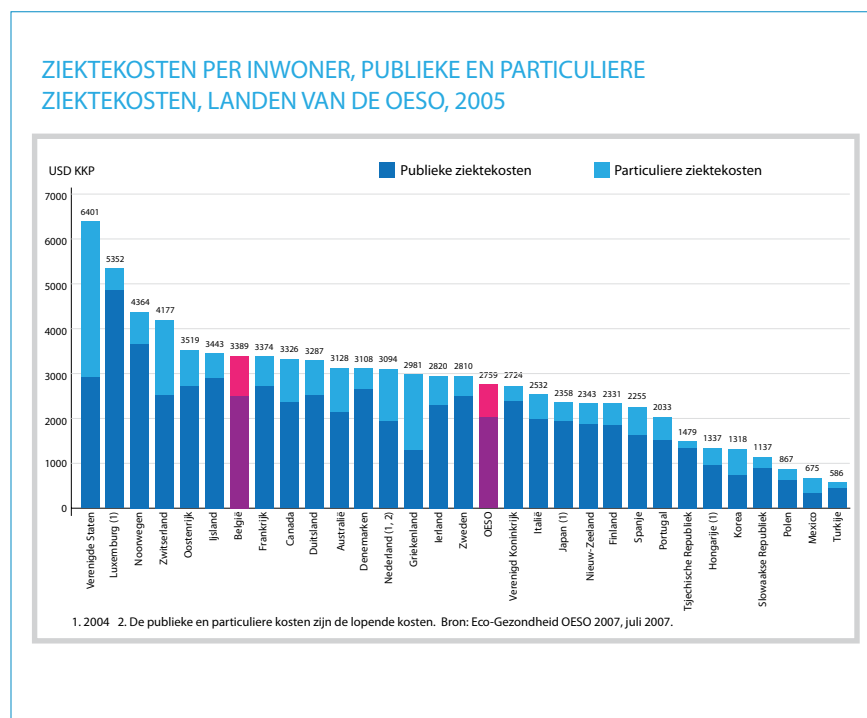
<sup>2</sup> Assuralia, De nationale uitgaven in de gezondheidszorg, 4de editie, januari 2007

Het aandeel van de private verzekeringen en van de mutualiteiten stijgt (met gemiddeld respectievelijk 12,71% en 6,46% per jaar).

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>3</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>3</sup> OESO, Department of health, Expenditure of health (total, public, private), 2007

Door de patiënt een deel van de kosten te doen dragen, kan men zijn verantwoordelijkheidsgevoel aanwakkeren. In België bestaat er echter geen doordacht beleid om de patiënt verantwoordelijker te maken, en is het louter een kwestie van begrotingsbeleid.

Sinds 1995 zijn de barrières qua financiering tussen de verschillende takken van de sociale zekerheid gesloopt.

De tak "gezondheidszorg" wint gestaag aan belang. In 1980 nam hij nog 23% van de uitgaven voor zijn rekening; tegen 2006 was dit percentage reeds gestegen tot 35,5%.

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.

## EEN SECTOR VAN DE GEZONDHEIDSZORG DIE DE SOCIALE ZEKERHEID KAN-NIBALISEERT

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).

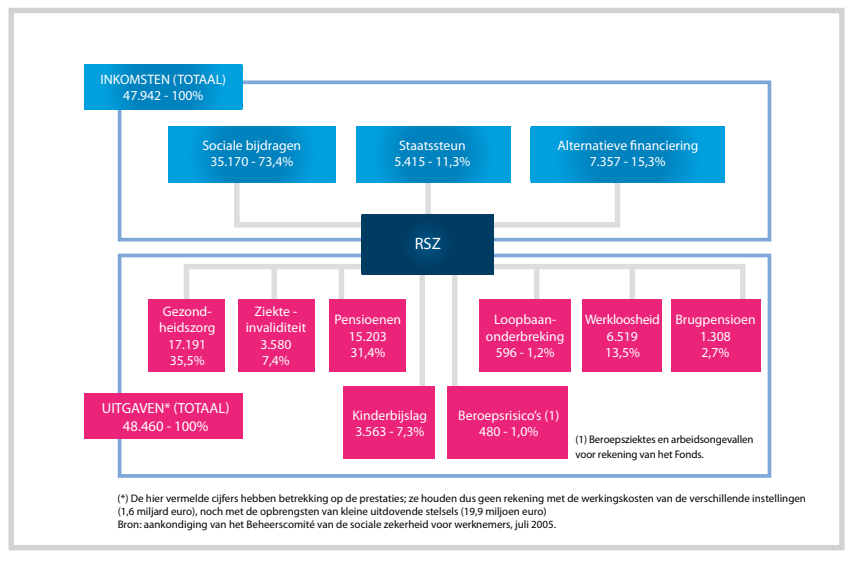
Sinds 1995 is deze verdeelsleutel theoretisch, want de bijdragen worden globaal beheerd en toegewezen aan de verschillende sectoren in functie van hun financiële behoeften. Dit openbreken van de financiering tussen de verschillende takken van de sociale zekerheid heeft gemaakt dat de tak « gezondheidszorg » 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>4</sup>

<sup>4</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)



## EEN TENDENS DIE DOOR HET EFFECT VAN DE VERGRIJZING NOG ZAL VERSTERKEN

Verskillende factoren gaan deze trend nog versterken.

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

De vergrijzing van de bevolking.

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>5</sup> De Studiecommissie voor de Vergrijzing heeft een schatting gemaakt van de impact van de vergrijzing op de overheidsuitgaven.

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>6</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.

<sup>5</sup> Federaal Planbureau (Nicole Fasquelle, Maritza Lopez-Novella, Saskia Weemaes), conséquences budgétaires et sociales du vieillissement: des perspectives de long terme, février 2005

<sup>6</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.

De verspreiding van de medische technologie.

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 ook het geval in de andere OESO-landen. Zo heeft de OESO (2007)<sup>7</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).

## EEN BESTEDING VAN DE UITGAVEN DIE TEN VOORDELE VAN BEPAALDE POSTEN EVOLUEERT

De sectoren met de sterkste toename zijn: de erelonen, de rusthuizen, de maximumfactuur en de forfaits voor chronische ziekten.

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.

<sup>7</sup> OESO, Ageing and the diffusion of new technologies – Challenges for OECD social and health care systems, 2005.



in miljoen euro	1996	1998	1999	2003	2006	Gem. Jaarlijkse groei	Gem. absolute jaarlijkse groei
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
Gyneacologie-verloskunde	50,7	49,8	53,8	63,6	71,7	3,52%	2,1
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
Specialiteiten afgeleverd aan niet gehosp. RH	99,3	131,0	146,8	326,6	477,8	17,01%	37,8
Specialiteiten 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 verstekkingen</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>Kinesitherapie</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 alf. 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

in miljoen euro	1996	1998	1999	2003	2006	Gem. Jaarlijkse groei	Gem. absolute jaarlijkse groei
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/Dagverzorgingscentra</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>360,1</b>	<b>6,45%</b>	<b>16,7</b>
Forfait voor verpleegdag in psych. ZH	256,1	0,4	0,4	0,7	1,2	-41,39%	0,1
Logopedie		24,5	27,6	41,7	49,2	9,15%	3,1
Andere verblijfskosten en verplaatsing		5,3	5,3	8,9	10,1	8,52%	0,6
Chronische ziekten		11,7	20,4	60,1	59,3	22,54%	6,0
Rest (paliatieve zorgen, militair ziekenhuis, ...)		5,8	7,0	38,2	99,5	n.a.	n.a.
<b>Total</b>	<b>10.957,3</b>	<b>11.294,0</b>	<b>12.028,1</b>	<b>15.383,7</b>	<b>17.735,3</b>	<b>4,93%</b>	<b>677,8</b>

## EEN ONVOLMAAKT MECHANISME VOOR DE SAMENSTELLING VAN HET BUDGET

De begroting wordt opgesteld volgens een uitermate mechanische logica: de verdeling gebeurt in functie van de invloed die elk van de actoren kan doen gelden.

Mogelijkerwijs, zijn de terugbetalingbehoefte 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 index-massa 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.

Dit heeft ons systeem van ziekteverzekering doen veranderen in een systeem van sociale bijstand.

*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 teweeggebracht. 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...

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.

Het model van verticale "begrotingssilo's" zou moeten worden aangepast.



## VOORSTEL

De kosten van de gezondheidszorg beter onder controle houden

De uitgaven voor de gezondheid groeien exponentieel. In 1985 bedroegen ze nog 7% van het BBP ; nu bedragen ze al meer dan 10%. Zoals het Planbureau aangeeft, moeten deze uitgaven in het algemeen beter beheerst worden. Deze betere kostenbeheersing is nodig om een halt toe te roepen aan het steeds groeiende aandeel van de gezondheidszorg in het totaal van de uitgaven voor de sociale zekerheid: in 1980 bedroeg dit aandeel nog 23%, in 2006 was het reeds gestegen tot 36%

Er moet met name veel aandacht worden besteed aan de stijging van het aandeel in de kosten van de burger-patiënt zelf dat op tien jaar tijd met ongeveer 30% is gestegen. In die periode zijn de kosten die rechtstreeks worden gemaakt door de patiënt of die door de private verzekeraars worden vergoed, toegenomen van 21% tot 28%.

**Quick win: een dienst oprichten die het aandeel in de kosten van de patiënt moet bewaken en die mogelijkheden tot verbetering moet opsporen**

03

DE KWALITEITSDOELSTELLING  
KOMT ONVOLDOENDE TOT  
UITING



Aangezien de budgettaire benadering een louter kwantitatieve aanpak in de hand werkt, wordt de kwalitatieve doelstelling onvoldoende benadrukt. Ook al worden er op individuele basis inspanningen geleverd, toch bestaat er geen enkele globale aanpak om de kwaliteit te garanderen. Er bestaan weinig statistieken, maar de internationale vergelijkingen op het gebied van kwaliteit zijn niet gunstig voor België. Bovendien is de informatie inzake kwaliteit niet transparant.





## INLEIDING

De burger kan de kwaliteit nauwelijks inschatten.

Er zijn verschillende redenen om aandacht te schenken aan kwaliteit, nl.:

- het onjuiste gebruik van procedures ;
- het te weinig gebruik maken van goede praktijken;
- medische fouten;
- een gebrekkige hygiëne of een gebrekkige organisatie.

**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 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>8</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

8 Towards High-Performing Health Systems – OESO 2004

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 ».

- 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>9</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.

Kwaliteit kan vanuit drie oogpunten worden gemeten:

1. in functie van de structuur;
2. in functie van de processen;
3. in functie van de resultaten.

Wij zullen ons concentreren op de maatstaven van resultaat.

#### **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).

9

Health Care Quality Indicators Project – Edward Kelley and Jeremy Hurst – OESO 2006

- 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 de derde soort indicatoren: de resultaatsindicatoren. Internationale vergelijkende statistieken op het gebied van 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 aldus 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.

## DE TEGENSTELLING TUSSEN DE TEVREDENHEID VAN DE BELGEN EN DE INTERNATIONALE STUDIES

De Belgen behoren internationaal tot de meest tevreden burgers wat betreft hun gezondheidssysteem.

De Belgen zijn internationaal gezien bij de meest tevreden 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>10</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 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>Evaluatie Kwaliteit</b>
<b>Oostenrijk</b>	8,1
België	7,6
<b>Finland</b>	7,3
<b>Frankrijk</b>	7,1
<b>Luxemburg</b>	7,1
<b>Denemarken</b>	7
<b>Nederland</b>	6,7
<b>Zweden</b>	6,7
<b>Malta</b>	6,7
<b>Duitsland</b>	6,5
<b>Verenigd Koninkrijk</b>	6,4
<b>Spanje</b>	6,3
<b>Cyprus</b>	6,1
<b>Italië</b>	5,8

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

	Evaluatie Kwaliteit
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

*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.*

“België munt uit op het vlak van de toegankelijkheid, maar de kwalitatieve resultaten zijn weinig overtuigend”.

De studie verricht door het “Health Consumer Powerhouse”<sup>11</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.

Onze matige, en soms zelfs ronduit slechte, resultaten zijn:

- de sterftegraad ;
- de overlevingspercentages bij kanker ;
- de ziekenhuisinfecties.

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

<sup>11</sup> Euro Health Consumer Index – Health Consumer Powerhouse - 2007

Voor alle beschikbare indicatoren, situeert België zich tussen de vijftiende en de twintigste plaats op een totaal van 28 landen.

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>12</sup> Ook 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 klassemment 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>13</sup>.

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

<sup>12</sup> How Good Is Canadian Health Care? 2007 Report An International Comparison of Health Care Systems Nadeem Esmail and Michael Walker

<sup>13</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		Perinatale sterfte positie 2004	Mortaliteit volgens positie gezondheidszorg 2002	Mogelijke verloren	Mortaliteit	Gecombineerde mortaliteit	
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.

Ziekenhuisinfecties: 2.500 tot 3.000 doden per jaar.

107.500 ziekenhuisinfecties per jaar, wat een bijkomende kost van 116 miljoen euro per jaar veroorzaakt.

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>14</sup> geeft de Minister van Volksgezondheid aan dat er in België jaarlijks ongeveer **107 500 ziekenhuisinfecties** zijn, en dit enkel in de acute ziekenhuizen.

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.

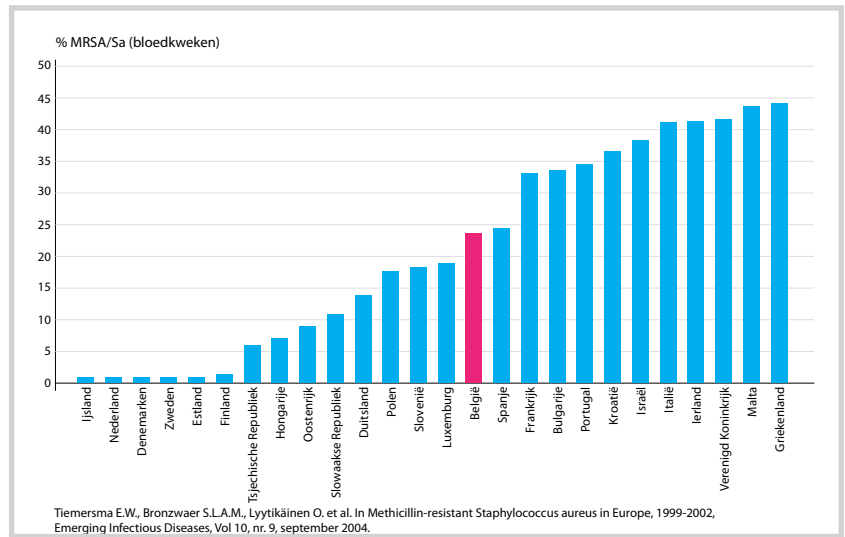
---

<sup>14</sup> Antwoord van de Minister van sociale zaken in de Senaat op 5 juli 2006 op de schriftelijke vraag van Dhr. Christian Brotcorne



## 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

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.

Er zijn al inspanningen gebeurd, maar er bestaan geen sancties en er bestaat geen regelgeving.

De hervorming van de cardiologie is een mooi voorbeeld van een nieuw beleid dat gericht is op kwaliteit.

Individuele belangen belemmeren dit beleid, maar de doelstellingen moeten krachtig en vastberaden worden nagestreefd.

Het beleid heeft geen aandacht geschonken aan de kwaliteit.

Een studie uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid<sup>15</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 kelderen, uit te sluiten of toch minstens sterk te beperken.

## 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.

<sup>15</sup> Fréquences et facteurs de risque associés au portage de MRSA dans les MRS – Jans Béatrice – Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – mei 2005

De initiatieven worden overgelaten aan wie ze maar wil nemen.

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 ziekenhuiszorg 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.

Er bestaan weliswaar initiatieven op het vlak van kwaliteit, maar deze zijn slechts dun gezaaid.

De European Observatory on Health Systems and Policies <sup>16</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.

<sup>16</sup> Health System in transition – Belgium Health System Review – Dirk Corens

Dit steekt schril af tegen het beleid dat in andere landen wordt gevoerd.

Er wordt dikwijls beweerd dat "België gezegend is met de beste gezondheidszorg waar ook ter wereld". We zijn echter niet in staat om dit te bewijzen.

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 kwaliteits-indicatoren
- 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
- 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>17</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.

<sup>17</sup> Persbericht Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg – 19.10.2006

Dit gebrek aan controle kan tot ernstige tekortkomingen leiden.

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.

## DE NOODZAAK OM VAN EEN MIDDELENLOGICA OVER TE STAPPEN NAAR EEN RESULTATENLOGICA

Alle aandacht gaat nu uit naar de middelen.

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.

Men moet overstappen van een middelenlogica naar een resultaatslogica.

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.



## VOORSTEL

De kwaliteitsdoelstelling krachtig herbevestigen

Ons systeem kan vandaag weer bij de beste ter wereld horen als men een globale aanpak op poten zet die de kwaliteit garandeert. Het verzamelen, meten, controleren en verspreiden van de informatie die betrekking heeft op de kwaliteit is een prioriteit, zegt ook het KCE. Deze nieuwe prioriteit laat toe de dynamiek van het systeem te versterken en een licht te werpen op de keuze van de patiënt.

**Quick win: accreditatieprocedures opzetten dankzij alle ervaringen van alle handboeken reeds beschikbaar op Europees niveau.**



04

HET AANBOD MOET  
EVOLUEREN





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 zijn ook de uitwerking van geïntegreerde zorgnetwerken en de specialisatie ruim ontoereikend. Net als het budget is ook het ganse systeem verticaal georganiseerd en dit terwijl de nieuwe uitdagingen een horizontale integratie vereisen.



## INLEIDING

Op middellange termijn gaan we problemen hebben om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen.

In dit hoofdstuk zullen we niet zozeer de materiële dan wel de personeelsinfrastructuur van de gezondheidszorg in België 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.

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.

In de toekomst zullen er veel te weinig artsen zijn.

## EEN ERNSTIG TEKORT AAN ARTSEN VOOR DE TOEKOMST

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

AANTAL = PER 1000 INWONERS

Be=BELGIË; Nl=NEDERLAND; Du=DUITSLAND; UK=GROOT-BRITANNIË; 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>18</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.

Zo'n 12 à 25% van de artsen zou wel eens in de administratie of in het onderzoek tewerkgesteld kunnen zijn.

<sup>18</sup> OECD Health Data 2000, 2003, 2005

Voorzichtigheid is geboden wanneer men cijfers van verschillende landen met elkaar vergelijkt.

En waarom zou men geen quota's invoeren om de groei in te tomen ?

De invoering van quota's vertrekt evenwel van een aantal hypotheses:

1. dat er teveel artsen zouden zijn;
2. dat dit teveel aan artsen de belangrijkste oorzaak zou zijn van de stijgende kosten;
3. dat dit teveel aan artsen de kwaliteit van de geneeskunde in het gedrang zou brengen;
4. en dat men de toekomstige behoeften aan artsen zou kunnen inschatten ...

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.

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>19,20</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.

<sup>19</sup> Corens D. Belgium Health System Review. Health Systems in Transition (Volume 9, n°2, 2007)

<sup>20</sup> De planning van het medisch aanbod in België: artsen. Statusrapport 2006. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Keefmilieu. Brussel, oktober 2007.

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 artsenberoep al lang geleden beperkten.

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 leeftijds-samenstelling 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 plan-

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

... terwijl alle studies het nut van quota's juist tegenspreken: De studie van Alain De Wever (ULB), die van het SESA (UCL) en die van het KCE.

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>21</sup>

Nog recenter werd door het SESA (Socio-Economie de la Santé)<sup>22 23</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 artsenkorps 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. Ei-

21 Interview A. De Wever, Le Soir 18-12-2007.

22 Delière 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)

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

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

In augustus 2006 paste het SESA <sup>24</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>25</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 %

24 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)

25 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



terwijl het aantal specialisten stabiel 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.

## DE AANPASSING VAN HET PROFIEL VAN VERPLEEGKUNDIGEN IS NOODZAKELIJK

Er zullen voldoende nieuwe verpleegkundigen afstuderen.

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>2627</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.

Maar men moet het aantal verpleegkundigen die als zodanig op de arbeidsmarkt actief zijn, op peil houden.

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 doorstromen van afgestudeerde verpleegkundigen uit het onderwijs naar de arbeidsmarkt te optimaliseren. Zo worden bijvoorbeeld door

26 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)

27 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)

En het beroep aantrekkelijker maken, bijvoorbeeld door het jobprofiel breder te maken. Voorbeeld: de “nurse practioner”.

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 zieken 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.

Er zullen meer gespecialiseerde verpleegkundigen nodig zijn.

De nood aan dergelijke gespecialiseerde verpleegkundigen zal in de toekomst zeker 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 echt 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 in dit beroep te treden. Het inlassen van een specialisatie geriatrie in de opleiding kan hierbij al enige hulp bieden.

En steeds meer geriatrisch verpleegkundigen.

Of de herwaardering van het beroep van verzorgende.

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.

## OOK EEN DREIGEND TEKORT AAN VERZORGENDEN

Op korte en op middellange termijn zullen er zowel in Vlaanderen als in Wallonië te weinig verzorgenden zijn.

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>28 29</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.**

De opleiding zal aangepast moeten zijn aan de behoeften in de sector.

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 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.

28 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 VESOF0 (2005)

29 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)

## 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>30</sup>

De huidige “zachte” echelonnering.

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.

Een “horizontale” echelonnering is veel meer aangewezen dan het huidige “verticale” model.

Bovendien is voor een betere samenwerking tussen huisarts en specialist **een ‘horizontale’ echelonnering veel meer aangepast dan het huidige voorgestelde ‘verticale’ model.**<sup>31</sup> In het belang van de patiënt – die vaak 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

<sup>30</sup> Van Emelen J et al. Echelonnering; Een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2004)

<sup>31</sup> Idem 50

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 samenwerking door het ontluiken van andere vormen van samenwerking en door het bouwen van zorgnetwerken.

**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 die georganiseerd worden in bepaalde regio's of in bepaalde steden.

Zorgnetwerken <sup>32</sup>kunnen bestaan rond bepaalde regio's (bijvoorbeeld Zorgnetwerk Noordoost Limburg), rond bepaalde inrichtende machten (bijvoorbeeld de Broeders van Liefde), rond bepaalde pathologieën (bijvoorbeeld 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

Voor een beter geïntegreerde zorg en voor economische schaalvoordelen.

<sup>32</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)

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.

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>33</sup> groep kan beschouwd worden als een 'speciaal' voorbeeld van een zorgnetwerk, men zou het een 'industriële' netwerk kunnen noemen. CAPIO ontstond ongeveer 10 jaar geleden in Zweden en is nu één van de grootste Health Care Providers in Europa. 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 orga-

<sup>33</sup> CAPIO Quality, Processes and Achievements brochure 2005, [www.capio.com](http://www.capio.com)

nisatie is uiteraard een hele uitdaging. Hiervoor werd de CAPIO standaard ontwikkeld, die de minimale vereisten weergeeft op qua ethische principes, visie, houding ten opzicht 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 jaarlijks zijn werkomgeving kan evalueren en eventueel aanpassingen of verbeteringen kan voorstellen.

## 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.

Er zijn te weinig verzorgenden in de thuiszorg en voor de bejaarden.

In Vlaanderen is de bejaardenzorg minder geïnstitutionaliseerd.

In Wallonië en Brussel is de bejaardenzorg meer institutioneel uitgebouwd.

Het aantal prestaties van thuisverzorging ligt in Vlaanderen twee keer zo hoog als in Wallonië en vier keer zo hoog als in Brussel.

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>34</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 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.

<sup>34</sup> Geerts J et al. Regionale zorgverschillen in het gebruik van longterm care diensten door Belgische ouderen (2006)



De vraag naar aangepaste woningen voor bejaarden zal sterk toenemen: 43.000 tot 56.000 extra plaatsen tegen 2020.

Nog voor 2020 zal de thuiszorg in Wallonië toenemen met een factor 1,7 en in Brussel met een factor 3;4.

De nood aan thuiszorg overtreft het huidige aanbod met 20%

Het feit dat België meerdere bestuursniveaus telt, vormt een bijkomend probleem.

**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>35</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 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>36</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 gewestelijk 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.

<sup>35</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)

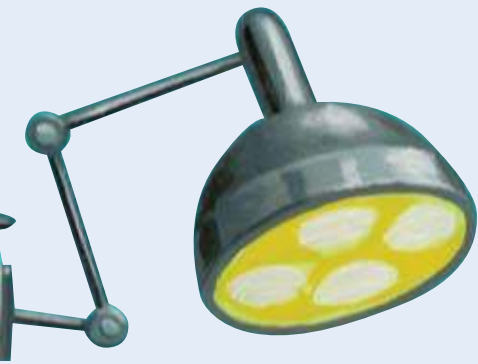
<sup>36</sup> Idem 51

Maar zowel in Wallonië als in Vlaanderen worden er interessante initiatieven ontwikkeld.

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 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.



### VOORSTEL

#### **Voor voldoende menselijke middelen zorgen, zowel in aantallen als in kwaliteit**

De toekomst heeft nood aan voldoende apothekers, verzorgenden, medisch en verpleegkundig personeel die hun motivatie putten uit hun taken en uit hun werkomgeving. Alle medische en paramedische beroepen dreigen met een tekort te worden geconfronteerd. Wij bevelen een debat ten gronde aan over de waardering van deze beroepen en over de noodzakelijke ontwikkeling van de functies, wat moet uitmonden in een aanpassing van het juridisch kader van deze beroepen.

**Quick win: afschaffing van elke vorm van quota's en oprichting van een task force die de evolutie van het wettelijk kader van de verschillende gezondheidsberoepen in goede banen moet leiden.**

05

DE ZIEKTEPREVENTIE IS  
ONDERONTWIKKELD



Gans het budget is gebaseerd op het curatieve en besteedt heel weinig aandacht aan de preventie. De stimulansen om te investeren in de preventieve dimensie zijn onbestaande. Deze afwezigheid van preventie, bijvoorbeeld in verband met obesitas, zal in de toekomst heel belangrijke gevolgen hebben.



## INLEIDING

Men maakt het onderscheid tussen:

- de primaire preventie ;
- de secundaire preventie ;
- de tertiaire preventie.

De ziektepreventie omhelst 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.

## PREVENTIE IS GEEN POLITIEKE PRIORITEIT

Preventie is evenwel geen prioriteit van de beleidsmakers.

Bovendien zijn de bevoegdheden versnipperd.

De uitgaven zijn erg laag: 0,1% van het BBP tegenover 10% voor de curatieve zorgen.

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>37</sup>, kunnen we stellen dat de acties die zowel door de Franse als de Vlaamse Gemeenschap ondernomen worden het volgende omhelzen: 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 hetzelfde BBP besteed wordt aan het financieren van de behandeling van deze ziekten.<sup>38</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>37</sup> Voor meer details, zie Corens D. Health System review: Belgium. *Health Systems in Transition*, 2007; 9 (2): 1-172.

<sup>38</sup> 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>39</sup>.

Landen	Overheidsuitgaven voor preventie per inwoner (€ KKP) - 2003
Denemarken	7,97
Republiek Slowakije	9,42
Italië	10,14
Maxico	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

<sup>39</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 prijenniveau. 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.

Wat neerkomt op een uitgave van 28 euro per inwoner.

Om op gelijk niveau te komen met de andere landen, zou België 88 miljoen euro meer moeten besteden.

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 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.

## DE VOORDELEN VAN PREVENTIE

Preventie biedt tal van voordelen:

- een betere levenskwaliteit ;
- de mogelijkheid van extra economische groei ;
- besparingen voor de ziekteverzekering.

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 groeimogelijkheid 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>40</sup>. Tezelfdertijd, aangezien de duur van de onbeschikbaarheid van werknemers ingeperkt wordt, laat preventie ook toe te besparen op de sociale zekerheid.

<sup>40</sup> Morbidity and Mortality Weekly Report Highlights, April 12, 2002, Vol. 51, Nr. 14.

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 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. En 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.

Men moet voorrang geven aan programma's met een gunstige kosten-baten ratio.

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>41</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>42</sup>). En er bestaan nog talrijke gelijkaardige voorbeelden.

Zeven risicofactoren veroorzaken 60% van de ziektekosten in Europa.

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

<sup>41</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>42</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.

Wanneer de belangrijkste risicofactoren zouden worden weggewerkt, zou het aantal hart- en vaatziekten, het aantal hersenbloedingen en het aantal gevallen van suikerziekte van het type II met 80% dalen. Kanker zou dan 40% minder voorkomen.

- Er zijn twee hinderpalen:
1. de gevolgen zijn dikwijls pas op lange termijn zichtbaar ;
  2. en er is de manier waarop de instellingen in ons land georganiseerd zijn.

(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, 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 zijn 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.

## DE VERSNIJPERING 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 verrekend 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.

Voor twee oplossingen:

1. alle bevoegdheden ofwel aan het federale niveau, ofwel aan het niveau van de gemeenschappen geven ;
2. een financiële tegemoetkoming evenredig aan de inspanningen voor preventie.

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  $x \text{ €}$  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

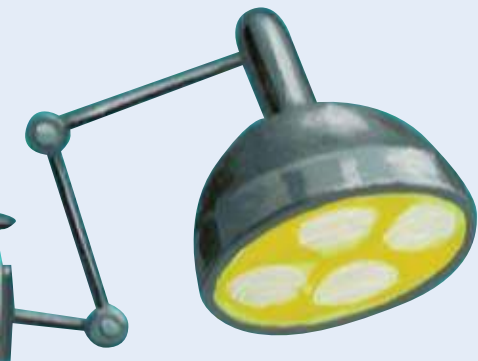
beleid zou de verdienste hebben de Gemeenschappen aan te zetten om de openbare middelen efficiënter te gebruiken. Een dergelijke maatregel -die op dit ogenblik niet meer is dan een denkpiste - zou evenwel met de nodige voorzichtigheid moeten toegepast worden en dit omwille van verschillende redenen. 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 eruit bestaat 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.

## EEN QUASI EXCLUSIEVE FOCUS OP DE CURATIEVE DIMENSIE

Een daadkrachtig beleid zou de levenskwaliteit van de bevolking aanzienlijk verbeteren en zou de kosten fors doen dalen.

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.



## VOORSTEL

### **De preventie van onder het stof halen**

Amper 0,1% van de begroting gaat naar de preventie. Dit komt neer op, zegge en schrijve, 29 euro per Belg per jaar. Dit is belachelijk laag. Als we nu niet in preventie investeren, zal het probleem van de zwaarlijvigheid een catastrofale omvang aannemen voor de generaties na ons. Dit zal zijn weerslag hebben op de openbare financiën in de toekomst. Investeren in preventie houdt in dat er een daadkrachtig beleid moet worden ontwikkeld waarbij de gewestelijke en de federale overheden op dezelfde golfengete zitten.

**Quick win: alvast minstens 88 miljoen euro extra besteden, om op het - weliswaar nog steeds te lage - Europese gemiddelde te komen. Er moet een aparte aanpak komen per aandoening om zo de risico's te verminderen op suikerziekte, hartziekten en kanker en om een onevenwichtige voeding, een te zittend leven en roken tegen te gaan.**

06

ER ONTBREEKT EEN VISIE  
OP MIDDELLANGE EN OP  
LANGE TERMIJN EN EEN  
KOSTENBEWUSTZIJN





We stellen een totaal gebrek aan visie op middellange- en lange termijn vast. Het volledige beleid is afgestemd op bekommernissen op korte termijn. De weerhouden benadering is te conservatief en houdt geen rekening met de nieuwe uitdagingen van de XXIste eeuw. Een reflectieplatform over de te ondernemen hervormingen en over de nieuwe mogelijke oplossingen dringt zich op. Naast nationale componenten, moeten in dit platform ook de Europese en internationale evoluties en best practices opgenomen worden.



## DE HUIDIGE DYNAMIEK VAN HET SYSTEEM IS GERICHT OP DE KORTE TERMIJN

Er spelen drie belangrijke principes:

1. de begrotingsdynamiek: de begroting staat boven alles;
2. het overlegmodel: over de aanwending van de middelen en over de functioneringsregels wordt meebeslist door de partners van de sector zelf;
3. de verticale aanpak: de financiële middelen van de verschillende bestanddelen worden apart toegewezen.

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 illustreren zeer goed het overwicht van het overlegmodel.

De wet voorziet namelijk een groeinorm van 4,5% + inflatie (gezondheidsindex) + exogene factoren.

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.

- 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:

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

- De verticale benadering

De ziekenhuizen, de rusthuizen, de eerstelijns geneeskunde, allen vormen ze 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.

## DE NOOD AAN EEN PROSPECTIEVE VISIE OM HET HOOFD TE BIEDEN AAN DE TALRIJKE UITDAGINGEN

Zoals we onderstreept 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 consumptiegoewoonten.
- 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.

We worden met tal van uitdagingen geconfronteerd: een loutere kortetermijnanalyse volstaat dan ook niet.

Deze talrijke uitdagingen passen in het tijdsbeeld 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.

## HET ACTUELE GEBREK AAN VISIE EN AAN EEN MIDDELLANGE- EN LANGETERMIJNPLANNING

In een studie, in 2005 gerealiseerd door het studiebureau Mc Kinsey<sup>43</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.

Er bestaat geen enkel overkoepelend plan voor de middellange en de lange 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 omhelst. De openbare overheden nemen dus geen enkele verantwoordelijkheid op middellange- en op lange termijn.

In België is er geen enkel organisme belast met het opstellen en het opvolgen van een plan voor de middellange en 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 onontbeerlijke reflectie over de prioriteiten van ons Gezondheidssysteem op middellange- en op lange termijn.

Hoewel het Kankerplan een interessante eerste aanzet heeft gegeven.

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>44</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 worden, 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:

<sup>43</sup> Overzicht van het gezondheidslandschap in België – Mc Kinsey – September 2005

<sup>44</sup> Witboek. De aanpak van kanker in België: het hoofd bieden aan de uitdagingen van morgen – 2 juni 2007

« 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 is om twee redenen interessant:

- het richt zich op één specifieke ziekte ;
- en het ontwikkelt een visie voor de middellange termijn.

Men zou deze visie op de middellange en de lange termijn moeten uitbreiden naar alle prioriteiten van ons gezondheidssysteem.

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 reflectie op middellange termijn aanvaardt die tot op heden deerlijk 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>45</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.

45

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie – Juillet 2007

Het is absoluut noodzakelijk om keuzes te maken en om prioriteiten voor de toekomst te bepalen.

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.

## VOORSTEL

### **Een plan opstellen voor de middellange en lange termijn**

Met een korte termijn analyse en een korte termijn visie zal men de uitdagingen van de 21<sup>ste</sup> eeuw niet de baas kunnen. Men moet afstappen van de logica van de begroting voor één jaar en van de strikt verticale toewijzing van de middelen. Deze nieuwe visie vereist een task force die er zeer expliciet de verantwoordelijkheid voor krijgt.

**Quick win: de uitstekende kennis en de soms vergeten talenten die in de administratie bestaan samenbrengen om een ambitieus maar realistisch plan op te stellen van de doelstellingen die worden nagestreefd en van de middelen die daarvoor moeten worden ingezet en dat op een termijn van vijf jaar, tien jaar en twintig jaar. Deze cel kan zich in haar opdracht laten bijstaan door onafhankelijke experts van de bestaande drukingsgroepen**







DEEL 3

**OPLOSSINGEN VOOR  
DE 21<sup>STE</sup> EEUW**



Eerder hebben we de talrijke troeven van ons Gezondheidssysteem aangetoond, maar we hebben ook stilgestaan bij de gevaren die het bedreigen en bij de talrijke nieuwe uitdagingen voor de 21<sup>ste</sup> eeuw.

Maar ook al zijn de uitdagingen talrijk, toch denken we niet dat het te laat is om te handelen, want ons systeem beschikt over heel sterke troeven. Als we op tijd reageren, dan zullen we ook in de toekomst de toegang tot de zorgen en de kwaliteit ervan kunnen garanderen terwijl we toch de kosten onder controle houden. Deze studie stelt **zeven denkpijlers voor een duurzaam gezondheidssysteem** voor. Ze beoogt niet exhaustief te zijn – ze stelt aan alle actoren van het gezondheidssysteem denkpijlers voor die later uitgediept kunnen worden.

We zullen ons erop toeleggen de oplossingen, die ons voor België pertinent lijken, te beschrijven. Een groot aantal onder hen zijn echter niet specifiek voor ons land: de basisprincipes zijn gelijkaardig, maar de toepassingsmodaliteiten verschillen in functie van organisatorische bijzonderheden en van financieringsmogelijkheden.

In ieder van de volgende hoofdstukken zullen we deze zeven te benutten kansen voor een duurzaam Gezondheidssysteem, dat een kwaliteitsvol en voor iedereen toegankelijk zorgsysteem garandeert, uiteenzetten:

1. Een derde generatie Gezondheidsbeleid opbouwen om een duurzaam gezondheidssysteem te waarborgen
2. Ingrijpen in de vraag en het aanbod, eerder dan het budget te beschouwen als een doel op zich
3. Nieuwe functies durven uitdenken en de actoren ertoe opleiden
4. Nieuwe incentives ontwikkelen om de actoren te responsabiliseren voor hun nieuwe rollen
5. Meer rekening houden met de efficiëntie
6. Een voluntaristisch beleid voeren om de socio-economische ongelijkheden in de gezondheid te verminderen
7. Het uitzonderlijke potentieel van de informatica en van de communicatienetwerken beter op elkaar afstemmen en exploiteren

01

EEN DERDE GENERATIE  
GEZONDHEIDSBELEID  
OPBOUWEN  
OM EEN DUURZAAM  
GEZONDHEIDSSYSTEEM  
TE WAARBORGEN



De 21<sup>ste</sup> eeuw zal in het teken van de Gezondheid staan. We weten dat op een bepaalde dag de Gezondheid een derde van het BBP zal vertegenwoordigen en de meest gematigde vooruitzichten tonen aan dat al meer dan 20% van ons BBP door de gezondheid gegenereerd wordt. Deze evolutie is positief, want ze beantwoordt aan de verwachtingen van alle burgers om beter en langer te leven en om de bestaande of voor deze eeuw verwachte geweldige vooruitgang van de geneeskunde te gebruiken. Ze laat niet alleen een meer productief, maar ook een langer en gelukkiger leven toe.

De voornaamste uitdaging voor de toekomst is de duurzaamheid van ons gezondheidssysteem te verzekeren. Deze belangrijke uitdaging is niet specifiek voor België, maar ze geldt voor de gezondheidssystemen van alle geïndustrialiseerde landen van de wereld.

Het blijkt inderdaad steeds evidentier te zijn dat de leefbaarheid van de gezondheidssystemen, zoals ze vandaag bestaan, in de vijftien volgende jaren heel sterk in het gedrang zal komen als er geen belangrijke veranderingen doorgevoerd worden.





**In deze context moet men vandaag durven de derde golf in het Belgisch gezondheidsbeleid aan te vatten:**

1. **Eerste golf:** Van de jaren 60 tot het begin van de jaren 80 was het hoofddoel van het gezondheidsbeleid de maximalisatie van de kwaliteit zonder de druk van beperkte middelen.
2. **Tweede golf:** De periode 1982-2007 wordt gekenmerkt door twee grote principes: de begrotingscontrole en de financiële responsabilisering.
3. **Op weg naar de derde golf:** het budgettaire beleid dat men de afgelopen 25 jaar in ons land gevoerd heeft volstaat vandaag niet meer. Men moet verder gaan en nieuwe maatregelen en incentives bedenken. Vandaag moet men **nieuwe maatregelen bedenken die niet alleen op input gericht zullen zijn, maar veel meer op output en op de relatie tussen de in- en de output: welke verbeteringen op gezondheidsvlak worden bereikt?**

*Zich richten op nieuwe maatregelen die tot een reële verbetering in termen van gezondheid leiden, die een meerwaarde genereren - zonder de controle over het budget te verliezen -, dit is de ambitie van dit rapport en van alle denkpijlers die hier voorgesteld worden.*

Parallel hiermee moet men een echt maatschappelijk debat, zonder taboes, over fundamentele vraagstukken durven aangaan:

- Tot waar kan en moet de overheid gaan in wat betreft de terugbetalingen?
- Hoe moet in de financiering het aandeel van de directe belastingen, van de indirecte belastingen, van de sociale zekerheid, van de privéverzekeringen en van de persoonlijke bijdrage evolueren?
- Wat is de rol van de privéverzekeraars en hoe kan een antiselectie in functie van de socio-economische toestand vermeden worden?

## DE 21<sup>STE</sup> EEUW ZAL IN HET TEKEN VAN DE GEZONDHEID STAAN

Over 20 jaar zullen tientallen ziekten eindelijk genezen kunnen worden, dankzij de buitengewone vooruitgang die de biotechnologie en de elektronica gemaakt hebben. Deze vooruitgang zal zich in alle gebieden van de geneeskunde manifesteren. Men vermeldt het volgende:

- In de oncologie, de nieuwe moleculen en de nieuwe vaccins met een heel precies doel, zoals het vaccin tegen baarmoederhalskanker, dat recent geïntroduceerd werd
- In de neurologie, het vaccin tegen de ziekte van Alzheimer
- In de tandverzorging, het vaccin tegen cariës
- In de cardiologie, het herstellen van het hart, na een infarct, door stamcellen en de interventie van een minirobot zonder operatie
- In de oftalmologie, de laseroperatie zonder litteken voor de verzienden of het elektronisch implantaat om het zicht van blinden te herstellen
- In de reconstructieve chirurgie, het besturen van kunstledematen of de reconstructie van beschadigd kraakbeen
- In de behandeling van het bloed, het anti-aids vaccin of het produceren van rode bloedcellen in het labo
- En ook de constante vooruitgang in de diagnose- en interventietechnieken

We hebben reeds een fantastische vooruitgang geboekt in de moderne geneeskunde.

Het gaat hier natuurlijk slechts over enkele van de talrijke voorbeelden waarin men zich aan een ongelooflijke vooruitgang mag verwachten en we kunnen ons ongetwijfeld de meest opmerkelijke ontwikkelingen die zullen gerealiseerd worden nog niet inbeelden.

Parallel met al deze ontwikkelingen gaan de burgers steeds beter en langer willen leven en zullen ze alle middelen, die de geneeskunde hen ter beschikking stelt, willen gebruiken.

Dit is een gunstige ontwikkeling omdat ze tegemoetkomt aan de wens van de burgers om langer en gezonder te leven.

Deze evolutie is positief, want ze beantwoordt aan de verwachtingen van de burgers. Ze kadert in de evolutie van onze maatschappij: van een maatschappij die hoofdzakelijk op landbouw gebaseerd was in de 19<sup>de</sup> eeuw, naar een industriële maatschappij in de 20<sup>ste</sup> eeuw, tot een dienstenmaatschappij in de 21<sup>ste</sup> eeuw.

De geneeskunde van vandaag staat mijlenver verwijderd van de geneeskunde van vroeger, en de geneeskunde van de toekomst zal nog totaal anders zijn.

De belangrijkste uitdaging bestaat erin om de kosten binnen de perken te houden en om voor een rechtvaardige toegang tot een kwalitatieve gezondheidszorg te zorgen.

De "houdbaarheid" van het systeem komt in de volgende vijftien jaar in het gedrang. Er zijn immers belangrijke evoluties aan de gang die aanzienlijke gevolgen zullen hebben.

Zoals het Zwitserse "forum santé" het onderstreept<sup>1</sup>: "Als de Zwitsers bereid zijn bijna 12% van hun BBP te besteden aan gezondheid, is dit omdat ze het nut van de gezondheidspiste inzien en ze als een investering beschouwen voor het welzijn van iedereen".

Gedurende de laatste vijftig jaar hebben alle landen geïnvesteerd in de innovatie op gebied van kennis, van nieuwe diagnostische uitrustingen, van nieuwe geneesmiddelen en van nieuwe handelswijzen. De vergelijking met de vorige decennia toont de opmerkelijke vooruitgang aan: de geneeskunde van vandaag valt in niets meer te vergelijken met de geneeskunde van gisteren en zal in niets te vergelijken vallen met de geneeskunde van morgen.

## EEN UITDAGING VOOR ALLE GEZONDHEIDSSYSTEMEN

De belangrijkste uitdaging voor de toekomst is de duurzaamheid van ons gezondheidssysteem. Dit duurzaam gezondheidssysteem wordt als volgt gedefinieerd<sup>2</sup> « een gezondheidssysteem dat in staat is de kosten te beheersen en een billijke toegang tot kwaliteitszorgen toelaat ». Deze belangrijke uitdaging is niet specifiek voor België, maar geldt voor de gezondheidssystemen van alle geïndustrialiseerde landen van de wereld.

Het wordt inderdaad steeds duidelijker dat de « sustainability » van de gezondheidssystemen, zoals ze nu bestaan, in de komende 15 jaar ernstig zullen bedreigd worden als er geen belangrijke veranderingen doorgevoerd worden.<sup>3</sup>

Alle gezondheidssystemen worden bedreigd door sterke tendensen met zware gevolgen: de toenemende verwachtingen van de burgers-patiënten, de ontwikkeling van chronische ziekten, de vooruitgang van de technologieën en de behandelingen, de vergrijzing van de bevolking... Alle studies stellen eensgezind dat het samenvoegen van al deze factoren een zeer sterke druk zal uitoefenen op de kosten.

1 Politique de santé: où va-t-on ? 10 ans de propositions en perspective, forum santé Berne 17 januari 2008

2 Pricewaterhousecoopers – Heathcast 2020: créer un futur durable

3 Pricewaterhousecoopers " HealthCast 2020: Créer un futur durable"

Om die reden is het absoluut noodzakelijk om na te denken over de mogelijke oplossingen voor de middellange en de lange termijn.

Het is van essentieel belang te reageren en na te denken over mogelijke oplossingen op middellange- en op lange termijn. Inderdaad, als er geen reactie komt van onze regering en van alle stuwende krachten van het gezondheidssysteem, zullen deze tendensen zwaar gaan wegen op ons gezondheidssysteem en zullen er zich voor zowel het land als voor de burgers heel ernstige problemen stellen op het gebied van de financiering en van de toegankelijkheid van de zorgen.

Onlangs heeft Zwitserland, dat de eerste previsionele scenario's op het gebied van gezondheid ontwikkeld heeft, ons een goed voorbeeld gegeven van een vooruitblik en een reflectie op lange termijn.

Deze scenario's zijn uitgewerkt op basis het rapport over de langetermijnperspectieven van de openbare financiën in Zwitserland dat de evolutie van de financiën van de drie niveaus van publieke overheden en van de sociale verzekeringen tegen 2050 aantoot. De « Administration fédérale des finances » (AFF) heeft de eerste uitgave van dit rapport in mei 2008 voorgesteld.

Dit rapport toont aan dat de openbare uitgaven voor de gezondheid en de zorgen van lange duur voor 65plussers zullen stijgen tot 20,2 % van het BBP. Men neemt aan dat de ontvangsten in dezelfde mate als het BBP zullen stijgen, maar in dit geval zal, volgens het rapport, de toename van de uitgaven hoger zijn dan de groei van het BBP en zal dit financieringsproblemen veroorzaken.

De previsionele scenario's tonen aan dat de vergrijzing van de bevolking aanleiding zal geven tot een gevoelige toename van de financiële lasten, meer bepaald op het gebied van de zorgen van lange duur voor de 65plussers. In de rest van het gezondheidsdomein vormen de gevolgen, die niet van de demografie afhangen, zoals de vooruitgang van de geneeskunde, een kostenfactor die nog belangrijker is dan de vergrijzing van de bevolking. De previsionele scenario's tonen bovendien aan dat de gezondheidstoestand van de bevolking een belangrijke factor is voor de evolutie van de uitgaven op gezondheidsgebied

## DE DERDE GOLF IN ONS GEZONDHEIDSBELEID DURVEN AAN TE VATTEN

Men moet durven over te schakelen naar de derde generatie gezondheidsbeleid.

Om ons gezondheidssysteem te optimaliseren en om het hoofd te bieden aan de uitdagingen van deze eeuw, lijkt het ons van essentieel belang de derde generatie of de derde golf in ons gezondheidsbeleid te durven aanvatten:

**De eerste golf:** 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.

**De tweede golf:** In het begin van de jaren '80, met de opkomst van de werkloosheid, de vertraging van de groei en de gevolgen van de twee oliecrisissen van de jaren '70, verandert het hoofddoel dat de overheid zich stelt betreffende gezondheid. Terwijl het beleid zich vroeger concentreerde op de uitbreiding van de geboden diensten en zorgen, ligt het accent nu op de kostenbeheersing.

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

**Op weg naar de derde golf:** Het budgettaire beleid dat men de afgelopen 25 jaar in ons land gevoerd heeft volstaat vandaag niet meer. Men moet verder gaan en nieuwe maatregelen en incentives bedenken.

Op weg naar de derde golf:

- nieuwe maatregelen die streven naar een betere gezondheid ;
- nieuwe maatregelen die de gezondheid verbeteren, maar die tegelijk de begroting in evenwicht houden.

De incentives die men tot op vandaag gebruikt heeft, hadden, zoals Ivan Van de Cloot<sup>4</sup> het onderstreept, vooral de bedoeling kostenbesparingen te realiseren: "Twintig jaar geleden groeide het besef dat het derde betalerssysteem overconsumptie in de hand werkte en stelde men voor dit te vervangen door budgetsystemen, forfaitisering, pathologiefinanciering, enzovoort. Dit inzicht leidde tot succesvolle kostenbesparingen. »

<sup>4</sup> Een beheersbare gezondheidszorg – Ivan Van de Cloot – ING Financiële Berichten – september 2003

Vandaag moet men **nieuwe maatregelen bedenken die niet alleen op input (prestaties...) gericht zullen zijn, maar veel meer op output en op de relatie tussen de in- en de output: welke verbeteringen op gezondheidsvlak worden bereikt?**

Zoals in de conclusies van het Zwitserse «forum santé 2008»<sup>5</sup> uiteengezet wordt, moet de openbare gezondheid niet alleen beschouwd worden als een kostenfactor, maar ook in zijn totaliteit, als een heel belangrijke economische en sociale investering. Meer uitgeven voor zijn gezondheid is niet noodzakelijk een slechte zaak. Maar talrijke recente studies tonen aan dat hogere gezondheidsuitgaven niet noodzakelijk synoniem staat voor een betere kwaliteit van de zorgen.

Zich richten op nieuwe maatregelen die tot een reële verbetering in termen van gezondheid leiden, - zonder de controle over het budget te verliezen -, dit is de ambitie van dit rapport en van alle denkpistes die in de volgende hoofdstukken voorgesteld worden.

We zullen dus in dit rapport blijven stilstaan bij alle maatregelen die een meerwaarde kunnen genereren en die waarde kunnen creëren.

## EEN ECHT MAATSCHAPPELIJK DEBAT OVER DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORGEN DURVEN AANGAAN

Een echt maatschappelijk debat durven aangaan.

**Geconfronteerd met al die evoluties en al die uitdagingen die ons gedurende deze eeuw te wachten staan, moeten we parallel hiermee een echt maatschappelijk debat over de financiering van de gezondheidszorgen en over de rol van de privéverzekeraars durven aangaan, zonder hierbij een al sterk aanwezige realiteit uit het oog te verliezen: het vandaag steeds belangrijker wordend aandeel van de privéfinanciering.**

<sup>5</sup> Politique de santé: où va-t-on ? 10 ans de propositions en perspective, forum santé Bern 17 januari 2008

Terugbetaling ?

Financiering ?

De rol van de private verzekering ?

In navolging van alle reflecties die in andere landen, zoals in Nederland, ontwikkeld zijn, moeten we in ons land dringend een echt fundamenteel debat voeren over de volgende essentiële vraagstukken:

- Tot waar kan en moet de overheid gaan in wat betreft de terugbetalingen? (het recente rapport van de KCE <sup>6</sup> over de plastische chirurgie illustreert dit)
- Hoe moet in de financiering het aandeel van de directe belastingen, van de indirecte belastingen, van de sociale zekerheid, van de privéverzekeringen en van de persoonlijke bijdrage evolueren?
- Wat is de rol van de privéverzekeraars? Hoe kan een bonus toegekend worden aan de verzekeraars die een hogere kwaliteit dan gemiddeld te bieden hebben?
- Hoe kan een antiselectie in functie van de socio-economische toestand vermeden worden? (Uit vrees de kwaliteitsnormen niet te bereiken zouden de verzekeraars kunnen geneigd zijn mensen met een laag inkomen en hogere gezondheidsrisico's te weigeren. We moeten echter vermelden dat in een position paper van 2002 <sup>7</sup> de private verzekeringssector aanbiedt niemand uit te sluiten die bereid is levenslang « in te stappen » in een universeel zorgpakket)

Zoals het rapport van het « European Observatory on Health Care Systems » <sup>8</sup> het onderstreept, worden de meeste gezondheidssystemen in Europa gefinancierd door een mix van inkomsten die de volgende elementen omvatten:

- De belastingheffing
- De bijdragen voor de sociale ziekteverzekering
- De premies voor vrijwillige verzekeringen
- De out-of-pocket betalingen

De belastingheffing en de sociale verzekering zijn de meest voorkomende financieringsmethodes in bijna alle Europese landen met daarbij een bijkomende inbreng van de vrijwillige privéverzekering.

<sup>6</sup> Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heekkunde, KCE, De Gauquier K, Senn A, Kohn L and Vinck, **Rapport n°**: 2007-25

<sup>7</sup> De positie van de private ziektekostenverzekeraars in de Belgische gezondheidszorg: pleidooi voor een volwaardig partnership, November 2002, BVVO

<sup>8</sup> Funding health care: options for Europe – European Observatory on Health Care Systems

De financieringswijze is enorm geëvolueerd. De bijdrage van de patiënt zelf neemt voortdurend toe. Op tien jaar tijd is de privé-financiering met 49,7% gestegen.

Als men de gegevens van de OESO onderzoekt, merkt men dat de Belgische financieringsmethode gedurende de laatste jaren sterk geëvolueerd is. België heeft zich gericht naar een model waarin de deelname van de patiënt steeds belangrijker wordt.

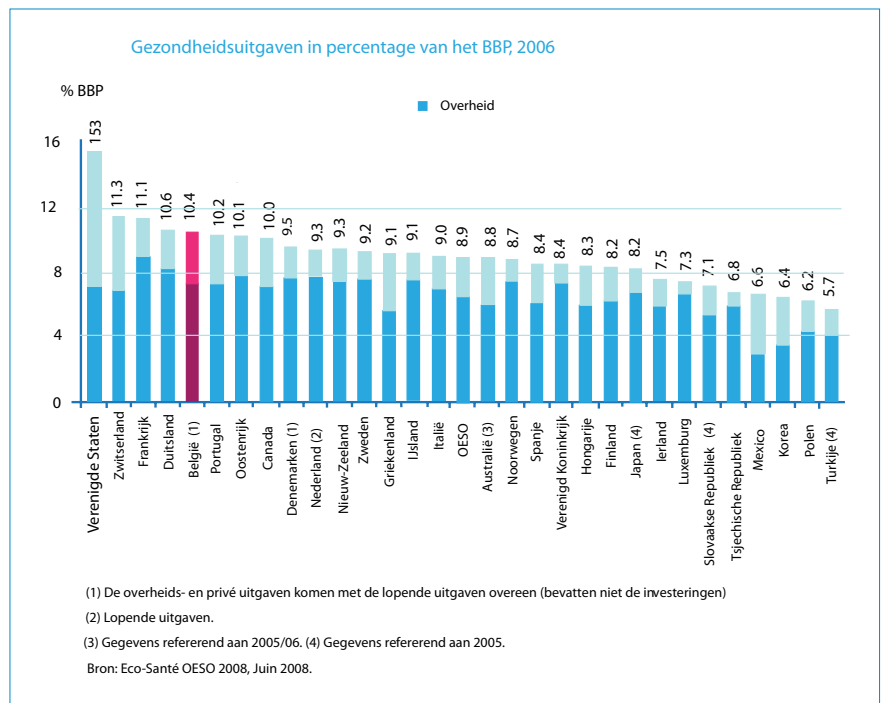
Zoals onderstaande tabel het aantoont, vertegenwoordigde de privéfinanciering in 1996 slechts 18,7% van de gezondheidsuitgaven:

Bijlage 2 : de financieringsmix voor 12 OESO landen en België  
Tabel B. : Belgische financieringsmix in internationaal perspectief

	publieke financiering			Private financiering	
	directe belasting (%)	indirecte belasting (%)	sociale zekerheid (%)	private verzek. (%)	eigen bijdragen (%)
België (1997)	21.7	17.4	42.1	3.4	15.3
Denemarken (1981)	65.6	20.2	0.0	1.0	13.0
Denemarken (1987)	72.5	12.2	0.0	1.5	13.8
Duitsland (1989)	10.5	7.2	65.0	7.1	10.2
Finland (1987) <sup>70</sup>	47.8	24.5	11.2	0.0	16.6
Finland (1990) <sup>70</sup>	60.9	22.1	10.8	0.0	16.2
Finland (1991) <sup>70</sup>	54.5	18.1	11.3	0.0	16.1
Finland (1992) <sup>70</sup>	53.4	15.0	11.1	0.0	20.5
Finland (1993) <sup>70</sup>	52.6	11.3	12.1	0.0	24.0
Finland (1994) <sup>70</sup>	50.7	11.8	13.0	0.0	24.5
Finland (1995) <sup>70</sup>	49.7	12.5	13.3	0.0	24.5
Finland (1996)	50.5	11.4	14.0	0.0	24.1
Frankrijk (1984)	10.0	0.0	77.3	7.7	15.1
Frankrijk (1989)	10.0	0.0	72.6	6.3	20.1
Frankrijk (1995)			73.9	11.4	13.9
Ierland (1987)	28.5	39.3	7.3	10.0	14.9
Italië (1987)	19.6	22.7	37.7	0.0	20.0
Italië (1991)	21.0	17.2	39.2	1.8	20.9
Nederland (1987)	5.2	4.9	63.3	17.2	9.4
Nederland (1992)	6.3	5.0	64.6	16.3	7.7
Nederland (1999)	6.9	7.2	62.2	14.2	9.2
Portugal (1980)	23.2	42.8	5.2	0.6	28.2
Portugal (1990)	20.7	34.5	6.0	1.4	37.4
Spanje (1980)	7.5	6.4	61.7	3.0	21.3
Spanje (1990)	30.3	25.5	22.0	2.4	19.3
Verenigd Koninkrijk (1985)	38.3	31.2	17.0	4.8	8.7
Verenigd Koninkrijk (1993)	29.0	35.0	20.0	7.0	9.0
Verenigde Staten (1981)	23.1	6.6	14.4	26.3	29.6
Verenigde Staten (19987)	26.1	7.4	13.3	25.2	22.1
Zweden (1980)	61.6	10.4	19.9	0.0	6.1
Zweden (1990)	63.5	8.4	17.8	0.0	10.3
Zwitserland (1982)	31.6	7.4	1.5	40.9	18.6
Zwitserland (1992)	28.9	4.8	6.9	40.6	23.9



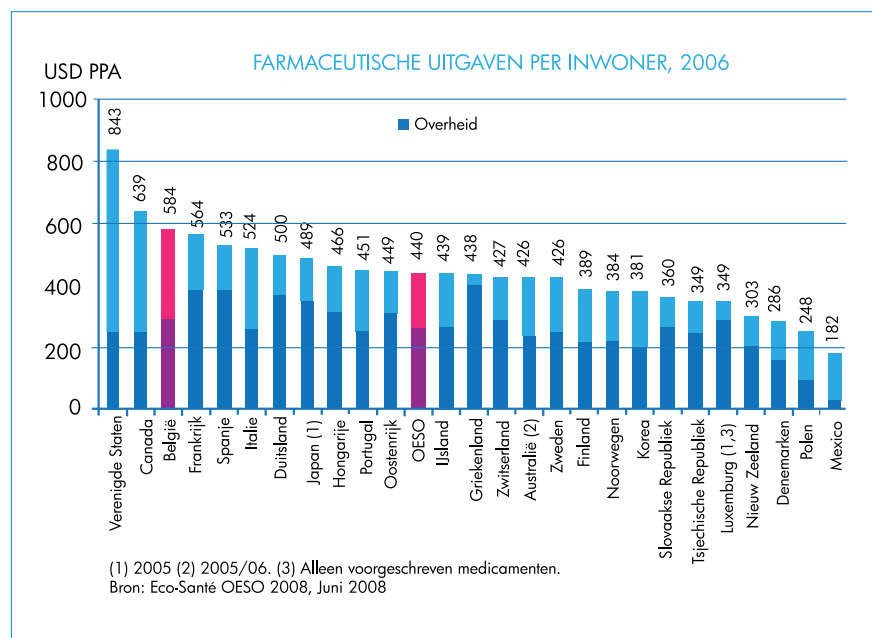
Tien jaar later, in 2006, dekt de privéverzekering 28 % van de gezondheidsuitgaven. Dit komt overeen met een stijging van 49,7% van de privéfinanciering.<sup>9</sup> Deze toename is des te belangrijker in absolute waarde gezien we ons bevinden in de kop van het peloton van landen die de hoogste gezondheidsuitgaven per inwoner laten optekenen. België besteedt in 2006 10,4 % van het BBP aan gezondheidsuitgaven tegenover een gemiddelde van 8,9% voor het geheel van OESO-landen. Zo is de privéfinanciering vandaag een belangrijke realiteit voor België geworden: 72 % van de courante gezondheidsuitgaven (exclusief de investeringen) worden gefinancierd door overheidsfondsen, een niveau dat nauw aansluit bij het gemiddelde van de OESO-landen.



9 Eco-santé OCDE 2008 – Comment la Belgique se positionne

Vooraf bij de geneesmiddelen is het aandeel van de persoonlijke bijdragen heel hoog.

Zoals onderstaande grafiek ons aantoont, is het belang van de privédeelname in de geneesmiddelensector bijzonder veelbetekenend:



Hoe de omgeving ook zal evolueren, ons land kan een debat over de grond van de zaak niet uit de weg gaan. Het is beter om te handelen dan om te ondergaan.

Geconfronteerd met deze belangrijke evoluties, is het van essentieel belang nieuwe prioriteiten op middellange- en op lange termijn te stellen. Deze prioriteiten moeten rekening houden met de verschillende mogelijke scenario's wat betreft de evolutie van de context. De evolutie van de context is inderdaad van essentieel belang, want hij zal het vermogen bepalen om voldoende middelen voor het financieren van de gezondheidszorg vrij te maken.

Het rapport van het Europees observatorium identificeert zes factoren die de potentiële grootte van de inkomstenpool kunnen beïnvloeden:

1. De politieke structuren (het politiek proces, de stabiliteit van de instellingen, de decentralisatie, het administratief vermogen)
2. De economische activiteit (de structuur van de arbeidsmarkt, de tewerkstellingsgraad, de groei, de inkomsten uit kapitaal en uit arbeid ...)
3. De demografische evolutie
4. De milieufactoren
5. De externe druk (de Europese en internationale richtlijnen en wetgevingen)
6. De sociale waarden (het vertrouwen in de regering, het solidariteitsbesef, ...)

**Hoe de context ook evolueert, ons land mag een echt, grondig debat, over de fundamentele vraagstukken voor de toekomst niet uit de weg gaan. Dit debat moet gevoerd worden zonder taboes en zonder de aanwezige feiten, die riskeren oncontroleerbaar te worden als men ze negeert, te ontkennen.**

Als we dus vandaag in België vaststellen dat de bijdrage van de patiënt voortdurend stijgt, dan is het mogelijk na te denken over het niveau dat we morgen willen bereiken, eerder dan de evolutie te ondergaan. Hetzelfde geldt voor de financieringswijze van de onvermijdelijke groei van de gezondheidszorg: hoe gaan we op termijn de financiering van ons gezondheidssysteem waarborgen? Uit deze doelstellingen op middellange- en op lange termijn, kunnen vervolgens echte, in de tijd gespreide actieplannen voortvloeien.



## VOORSTEL

### **De derde golf van het gezondheidsbeleid ontwikkelen**

Na de ongebreidelde verhoging van de kwaliteit, zonder bekommernis om de ingezette middelen, tot aan het begin van de jaren '80, gevolgd door de absolute voorrang aan de begrotingscontrole van 1982 tot 2008, is nu de tijd aangebroken om nieuwe maatregelen te bedenken die streven naar een echte verbetering van de gezondheidstoestand binnen de perken van het toegestane budget. Gewoon meer geld uitgeven staat immers niet per definitie gelijk met een betere kwaliteit van de zorgen.

**Quick win: een echt maatschappelijk debat over de grond van de zaak durven aangaan, zonder taboes: de grenzen van de interventie van de overheid en van de privé-sector, de ontwikkeling van de financieringsbronnen, de rol en de betrokkenheid van de private verzekeraars ...**



02

INGRIJPEN IN DE VRAAG  
EN HET AANBOD, EERDER  
DAN HET BUDGET TE  
BESCHOUWEN ALS EEN  
DOEL OP ZICH



Het budget is noch een doel op zich noch een uniek actiemiddel voor de toekomst. De uitgaven voor de gezondheidszorgen zijn in essentie de resultante van de zorgvraag en het zorgaanbod. Als we het budget willen behouden of de toename ervan willen ombuigen, moeten we ingrijpen in deze twee essentiële componenten, de zorgvraag en het zorgaanbod. Het ingrijpen in de zorgvraag en het zorgaanbod gebeurt door middel van een aantal hulpmiddelen.





### **Het ingrijpen in het aanbod heeft drie doelen:**

**Het ingrijpen in het dienstenaanbod zal er vooral over waken het zorgaanbod om te vormen om een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak van de zorgen te kunnen bieden** preventie – eerstelijns zorg – ziekenhuiszorg – thuiszorg ... Internationale ervaringen tonen aan dat, hoe verder de integratie doorgedreven wordt, hoe hoger de kwaliteit van de zorgen is en hoe meer de kosten dalen.

### **Vervolgens zal het er over waken de kwaliteit van de zorgen te bevorderen door te zorgen voor:**

- De ontwikkeling en de verspreiding van de klinische richtlijnen
  - De evaluatie van de gezondheidstechnologieën
  - De evaluatie van de professionele handelwijzen van de artsen.
  - De ontwikkeling en de aanwending van de accreditatieprocedures voor ziekenhuizen
  - De certificatie van de medische informatica zoals de websites of de voorschrijfsoftware
- Om dit te realiseren moeten we durven profiteren van het opmerkelijke werk dat onze burens geleverd hebben om het aan te passen of zelfs te verbeteren en dit terwijl we rekening houden met de bijzonderheden en de prioriteiten van België.

### **Ten slotte zal een aanpassing van het zorgaanbod gerealiseerd worden om:**

- a. Een voldoende groot volume aan activiteiten voor de behandeling van een bepaalde pathologie in de gezondheidsinstellingen te garanderen. Men erkent unaniem dat de kwaliteit en de resultaten van de uitgevoerde tussenkomsten direct evenredig zijn aan het aantal behandelde gevallen.
- b. De herhaling van diensten en de oorzaken van inefficiëntie te verminderen
- c. Het actuele dienstenaanbod om te vormen. Vandaag is het dienstenaanbod overal ter wereld geconcentreerd op het episodisch uitvoeren van acute zorgen. In de toekomst moet het aanbod evolueren van diensten voor acute verzorging naar preventie en naar het beheer van chronische ziekten.

Het doel is niet de vrije keuze van de patiënt in te perken, maar wel te garanderen dat hij onder de beste voorwaarden zal behandeld worden. Vandaag beschikt de patiënt inderdaad slechts over weinig informatie om zijn keuze te bepalen. De behandeling van borstkanker, de cardiologie en de nosocomiale infecties zijn een paar voorbeelden waar verbetering mogelijk is.

Het maximale gebruik van de tegenwoordig beschikbare gegevens zal deze bijsturing mogelijk maken.

Er zullen doelgerichte acties op de zorgvraag ondernomen worden om de burgerspatiënten progressief te doen evolueren van een passieve houding naar een proactieve benadering:

- Een groter belang hechten aan een gezondere levensstijl en aan het beheer van hun gezondheid, niet enkel op korte-, maar ook op middellange- en lange termijn
- Een actieve en participatieve relatie ontwikkelen met hun zorgverlener
- De meest aangepaste diensten en zorgverleners zoeken via Internet en alle informatiebronnen die hen zullen ter beschikking gesteld worden
- Al hun medische informatie centraliseren in een geïnformatiseerd persoonlijk medisch dossier dat via Internet toegankelijk is
- Zich bewust worden van de kost die het beroep doen op het gezondheidssysteem met zich mee brengt, zowel op privé vlak als voor de maatschappij
- Zich vragen stellen bij de pertinentie van de diensten en van de geneesmiddelen (of ze nu terugbetaald worden of niet) en zich hierover informeren

Het ingrijpen op de zorgvraag heeft twee doelstellingen: **een verantwoordelijke consumptie van gezondheidszorgen promoten** via een betere informatie over de keuze en de kosten en **gezondere levensstijlen promoten**.

De bewustwording van alle actoren is onontbeerlijk: het gaat er om aan te tonen **welke belangrijke winsten die deze veranderingen kunnen opbrengen, niet alleen in termen van kosten of hoeveelheden, maar ook en vooral in termen van kwaliteit.**

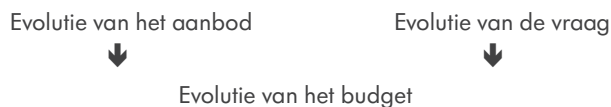
## INLEIDING

Om een antwoord te bieden op de eerder omschreven nieuwe uitdagingen en nieuwe prioriteiten, volstaat het actuele werkingsmodel van ons gezondheidssysteem niet. De nieuwe prioriteiten maken het noodzakelijk de fundamentele van een nieuw, meer aan de vereisten van deze nieuwe eeuw aangepast model te definiëren. Alle tot op vandaag uitgevoerde studies, die de belangrijkste uitdagingen en de nodige veranderingen bestudeerd hebben, stemmen hierin overeen.

Het nieuwe model stoelt op een heel eenvoudig schema, namelijk het inspelen op vraag en aanbod.

Deze noodzakelijke evolutie betreft niet alleen België, maar ook alle OESO-landen. Overal in Europa zijn belangrijke aanpassingen van de gezondheidssystemen noodzakelijk.

Het nieuwe model berust op een heel eenvoudig schema dat, hoewel het evident lijkt, de laatste jaren in België totaal is omgekeerd.



## INGRIJPEN IN HET AANBOD

### Een nieuwe geïntegreerde en gecoördineerde benadering van de zorgen ontwikkelen

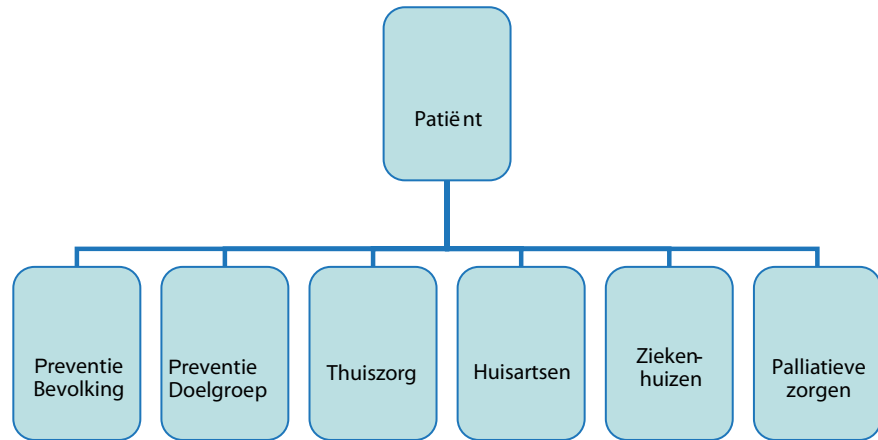
De traditionele verticale aanpak is niet langer aangewezen. We moeten de stap zetten naar een « continuum of care » aanpak die de hele gezondheidsketen omvat.

Geconfronteerd met deze nieuwe uitdagingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en de ontwikkeling van chronische ziekten, is de traditionele verticale benadering niet meer aangepast.

De ziekenhuizen, de eerstelijnsartsen, de verpleegkundigen, de kinesisten, de thuiszorg, de ziekenfondsen en de overheid moeten samenwerken om de coördinatie en de toegankelijkheid van de zorgen te versterken.

In de plaats van een gesegmenteerde benadering, neemt men een zogenaamde « continuum of care » benadering die de volledige gezondheidsketen integreert aan. De WGO geeft de volgende definitie van continuum of care: « Het continuum of care bestaat uit het aanbieden van een volledig geheel aan diensten, gaande van het ziekenhuis tot thuis, dat het samenvoegen van de medische en sociale diensten binnen de gemeenschap en het ontwikkelen van verbanden tussen de zorginitiatieven op alle niveaus van het gezondheidssysteem vereist ».

Deze nieuwe benadering integreert de volledige waardeketen en alle partners van het gezondheidssysteem.



Voor elke patiënt en voor elke ziekte wordt de meest aangewezen zorg gekozen.

In deze horizontale benadering is het beheer van het zorgaanbod op de patiënt geconcentreerd. Voor iedere patiënt en voor ieder type pathologie wordt het best aangepaste zorgaanbod gekozen: dat betekent dat de meest adequate structuur zal gekozen worden, niet in functie van rentabiliteitscriteria, maar van een optimale afstemming op de behoeften van de patiënten. Dit betekent ook dat er een coördinatie tussen de verschillende zorgniveaus en tussen de verschillende gezondheidswerkers zal ingevoerd worden.

### De kwaliteit bevorderen

Het European Observatory On Health Systems toont in een excellent rapport<sup>10</sup>, geschreven in het kader van het 6<sup>de</sup> kaderprogramma, aan dat er nog een heel belangrijk potentieel op het gebied van kwaliteitsverzekering te exploiteren blijft.

Het rapport toont aan dat, ook al wordt de kwaliteit van bepaalde elementen van het gezondheidssysteem aandachtig gecontroleerd (geneesmiddelen, beroepsopleiding,...), vele andere elementen, zoals de kwaliteit van de gezondheidszorgsystemen, van de instellingen en van de processen, vandaag niet gecontroleerd worden. Slechts heel weinig landen boeken een belangrijke vooruitgang. In de meeste landen is wat er bestaat het resultaat van het werk van enkelingen die weinig impact hebben op het geheel van professionelen.

Heel wat andere elementen zijn vandaag niet onder controle, zoals de kwaliteit van de systemen van de gezondheidszorg, van de organisaties en van de processen.

<sup>10</sup> Assuring the quality of health care in the European Union – a case for action – Observatory Studies Series N 12

Er blijft dus een heel belangrijk potentieel over dat kan geëxploiteerd worden, des te meer omdat er een heel brede reeks maatregelen mogelijk zijn:

- Wetgevende maatregelen (veiligheid van de patiënt, goedkeuring van geneesmiddelen en van medische uitrustingen, opleiding, registraties en licenties van geneesmiddelen...)
- Evaluatie van de kwaliteit van de organisatie (ISO-normen, accreditatie, EFQM)
- Evaluatie van de klinische kwaliteit (klinische guidelines, kwaliteitsindicatoren, peer review...)

Het rapport beveelt aan dat de landen niet allemaal opnieuw het wiel gaan uitvinden.

Het rapport suggereert dat ieder land het wiel niet opnieuw moet uitvinden, maar zich kan inspireren op de positieve ervaringen in het buitenland. Zo is de ervaring van Frankrijk bijzonder interessant. Frankrijk heeft een « Haute Autorité de la Santé » opgericht, een onafhankelijke wetenschappelijke overheidsdienst met als doel de goede praktijken binnen het Frans gezondheidssysteem te promoten.

Het Franse voorbeeld is bijzonder leerrijk.

De missie van de Haute Autorité de Santé is de volgende:

- het wetenschappelijk **evalueren** van het medisch belang van de geneesmiddelen, van de medische hulpmiddelen en van de professionele verstrekkingen en het al dan niet voorstellen van hun terugbetaling door de ziekteverzekering;
- het **promoten** van de goede praktijken en van het goed gebruik van zorgen bij de gezondheidswerkers en bij de patiënten;
- de kwaliteit van de zorgen in de gezondheidsinstellingen en in de stadsgeneeskunde te **verbeteren**;
- het **bewaken** van de kwaliteit van de verspreide medische informatie;
- het **informer** van de gezondheidswerkers en van het grote publiek en het verbeteren van de kwaliteit van de medische informatie;
- het **ontwikkelen** van het overleg en van de samenwerking tussen de actoren van het gezondheidssysteem in Frankrijk en in het buitenland.

De « Haute Autorité de la Santé » (de Hoge Raad voor de Gezondheid) stelt ons zeer goede documenten ter beschikking die zonder meer kunnen hergebruikt worden.

Via haar website, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), stelt de haute Autorité de la Santé, ons documenten van heel hoge kwaliteit en die onmiddellijk herbruikbaar zijn ter beschikking:

- Het rapport over haar nieuwe kwaliteitsvisie « Définir ensemble les nouveaux horizons en qualité de la santé »
- Het technisch handboek « Manuel de certification des établissements de santé » – Aangepaste versie van mei 2008

- Het handboek om de certificatieprocedure voor te bereiden
- De IPAQH: « Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière »
- Het handboek « L'évaluation des pratiques professionnelles »

We stellen voor dat we ons zouden inspireren op de zeer precieze acties en methodologieën die in het buitenland opgesteld zijn en dit om het volgende te verzekeren:

- De ontwikkeling en de verspreiding van de klinische richtlijnen
- De evaluatie van de gezondheidstechnologieën
- De evaluatie van de beroepspraktijken van de artsen
- De ontwikkeling en het aanwenden van de accreditatieprocedures voor ziekenhuizen
- De certificatie van medische informatie zoals websites of voorschriftsoftware

**Investeren in de kwaliteit, ambitieuze, maar realistische doelstellingen voor de toekomst durven formuleren, dit alles opent constructieve perspectieven voor alle actoren van de Gezondheid:** de burgers-patiënten, de overheid, de gezondheidswerkers, de ziekenfondsen, de privéverzekeringen... **We moeten durven ons voordeel te halen uit het opmerkelijke werk dat onze burens geleverd hebben om het aan te passen of zelfs te verbeteren, rekening houdend met de bijzonderheden en de prioriteiten van België.**

Als voorbeeld kunnen we het beheer van de nosocomiale infecties aanhalen. In het buitenland bestaan er talrijke interessante experimenten om het risico op nosocomiale infecties in te perken: boordtabellen, publicatie van resultaten, dwingendere normen... Het gaat hem er hier ook om de patiënt te informeren om hem toe te laten een betere keuze te maken, wat de gezondheidsorganisaties er direct toe aanzet een grotere prioriteit aan deze problematiek te verlenen. De studies die men in Frankrijk gerealiseerd heeft, tonen heel duidelijk aan dat, na publicatie van de resultaten, men binnen de ziekenhuizen veel grotere inspanningen heeft gedaan. Dit heeft er toe geleid dat er een zeer significante en voor de patiënt, voor het ziekenhuis en voor het gezondheidssysteem in het algemeen, gunstige vooruitgang geboekt werd.

We moeten gebruik durven te maken van het uitstekende werk dat onze burens hebben geleverd en dat aanpassen of zelfs verbeteren.

Een ander interessant voorbeeld: het beleid inzake ziekenhuisinfecties.

Het dienstenaanbod bijsturen:

1. kenniscentra oprichten met een groter takenpakket;
2. de overlapping van dienstverlening verminderen;
3. het zorgaanbod verschuiven naar preventie en naar de chronische ziekten.

Twee voorbeelden:

1. borstkankeroperaties: bij minder dan 150 ingrepen wordt er onvoldoende ervaring opgedaan om een optimale kwaliteit te behalen;
2. cardiologie: om een goed kwaliteitsniveau te bereiken, zijn er jaarlijks minstens 400 angioplastieën vereist.

## Het zorgaanbod bijstellen

In deze optiek werken de overheid, de ziekenfondsen en de zorgverstrekkers eensgezind samen om het zorgaanbod beter te organiseren en te verdelen om zo:

- De kwaliteit van de zorgen te verhogen door het oprichten van competentiecentra die over een belangrijker volume van activiteiten binnen een bepaalde pathologie beschikken. Men erkent unaniem dat de kwaliteit en de resultaten van de uitgevoerde tussenkomsten direct evenredig zijn aan het aantal behandelde gevallen.
- De herhaling van diensten en de oorzaken van inefficiëntie te verminderen
- Het actuele dienstenaanbod om te vormen. Vandaag is het dienstenaanbod overal ter wereld geconcentreerd op het episodisch uitvoeren van acute zorgen. In de toekomst moet het aanbod evolueren van diensten voor acute verzorging naar preventie en naar het beheer van chronische ziekten.

Drie voorbeelden illustreren deze noodzaak perfect:

- Chirurgische ingrepen voor borstkanker

De internationale normen bepalen dat onder de 150 interventies per jaar voor borstkanker, de ervaring van de chirurgische teams ontoereikend is om de kwaliteit te optimaliseren<sup>11</sup>. In België bereiken talrijke ziekenhuizen deze minimumdrempel niet. We stellen voor om het aantal competentiecentra te beperken om het door de internationale normen aanbevolen minimumniveau in ervaring te bereiken. Het doel is niet de vrije keuze van de patiënt in te perken, maar wel te garanderen dat hij onder de beste voorwaarden zal behandeld worden. Vandaag beschikt de patiënt inderdaad over geen enkele informatie om zijn keuze te bepalen.

Deze normen garanderen een voldoende volume aan activiteiten, niet alleen om in de beste omstandigheden te opereren, maar ook en vooral om over de nodige ervaring te beschikken om te beslissen over het noodzakelijke soort ingreep (gaat men bijvoorbeeld overgaan tot een mastectomie ...). Een onvoldoend volume kan inderdaad leiden tot radicalere ingrepen die niet noodzakelijk altijd gerechtvaardigd zijn.

<sup>11</sup> Aanbevelingen gemaakt door de EUSOMA en de European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Resolutie van het Europees Parlement van 7 mei 2003 over borstkanker in de Europese Unie

- De cardiologie

De zelfde redenering geldt voor de cardiologie. De efficiëntie en de kwaliteit van de zorgen is recht evenredig met het aantal jaarlijks uitgevoerde ingrepen. De “Société Française de Cardiologie” bevestigt dat<sup>12</sup> « De kwaliteitscriteria hangen samen met het “activiteitsvolume” voor de veiligheid van het uitvoeren van een angioplastie-ingreep. » Bijgevolg ligt de drempel voor de Société Française de Cardiologie voor de vormingscentra op minstens 600 angioplastieën per jaar en voor de overige centra wordt de activiteit als correct beschouwd vanaf een drempel van 400 angioplastieën per jaar met een optimale veiligheidsdrempel vanaf 600.

Het aantal ingrepen is natuurlijk niet de enige factor, maar het is toch een essentiële factor. De geplande hervorming in deze sector heeft voor grote beroering gezorgd: men zal de reflectie en de geleverde inspanningen in een geest van samenwerking tussen alle gezondheidswerkers moeten verder zetten om de patiënt de garantie te bieden op de best mogelijke behandeling.

### Een maximaal gebruik van de beschikbare gegevens

De informatie en de kwaliteitsstudies waar we op dit ogenblik over beschikken, bieden een schitterende kans die we moeten benutten. Een bijzonder frappant eerste voorbeeld is de verzameling van al de verplicht gemaakte informatie in alle ziekenhuizen op het niveau van de MKG (Minimale Klinische Gegevens), de MVG (Minimale Verpleegkundige Gegevens) en de MFG (Minimale Financiële Gegevens) voor de financiering. In ieder ziekenhuis is er een team aangesteld dat voltijds werkt aan de encoding van deze gegevens. De omvang van dit team varieert, maar het kan gaan van 5 tot meer dan 10 fulltime eenheden. Het gaat over zeer waardevolle informatie gezien ze alle gegevens bevat over de pathologie van de patiënt, zijn sociodemografische eigenschappen, de bijzonderheden van zijn verblijf... Vandaag worden ze slechts systematisch gebruikt voor financiële doeleinden en dit terwijl ze op nationaal niveau een zeer interessante basis voor reflectie kunnen vormen om een pathologie en haar evolutie in de tijd te bestuderen (aantal gevallen, duur van het verblijf, uitgevoerde onderzoeken, demografische eigenschappen, specialisatie van de ziekenhuizen). Een tweede voorbeeld wordt ons geboden door de grote kwaliteit van de op nationaal vlak gevoerde studies door tal van organisaties en in het bijzonder door het Federaal Kenniscentrum.

De kwalitatieve gegevens en studies waarover wij beschikken, vormen een uitzonderlijke opportuniteit die wij ten volle moeten benutten.

Dit vormt een heel interessante basis om ziekten en hun evolutie op nationaal vlak te bestuderen.

<sup>12</sup> SMAMIF - MESPEs - Objectifs quantifiés - Cardiologie interventionnelle - februari 2005



## INGRIJPEN IN DE VRAAG

Handelen in functie van de vraag:

1. een verantwoord verbruik bevorderen door een beter inzicht aan te reiken in de kosten en de gemaakte keuzen ;
2. het bevorderen van “gezonde” levenswijzen en van het zelf zorg dragen voor zijn gezondheid.

Acties die erop gericht zijn om de burger-patiënt zijn eigen gezondheid in handen te doen nemen, door:

- in zijn relatie met de zorgverstrekker moet de burger-patiënt zich participatief opstellen;
- op zoek gaan naar de meest geschikte diensten en dienstverleners;
- het elektronisch persoonlijk medisch dossier;
- bewustwording van de gemaakte kosten.

Een fundamenteel element in het antwoord op de uitdagingen voor de toekomst is een adequate evolutie van de vraag promoten met volgende punten:

- het promoten van een verantwoorde consumptie door een betere kennis van de kosten en van de gemaakte keuzes. Vandaag beschikken de burgers-patiënten over weinig informatie om rationele, kwalitatieve en economisch optimale keuzes te maken. Een grotere responsabilisering en oriëntering met betrekking tot de keuzes en tot de mogelijkheden van het systeem is noodzakelijk. Dit zal toelaten het abusievelijk of ongerechtvaardigd gebruik maken van het systeem in te perken. Het moet ook toelaten de patiënt te oriënteren in de meest geschikte richting.
- Het aanmoedigen van « gezonde » levensstijlen en van het persoonlijk beheer van zijn eigen gezondheid. Vandaag beïnvloeden talrijke onaangepaste gedragingen de gezondheid van de burgers en de overheidsfinanciën zeer negatief. Er wordt vandaag algemeen erkend dat een verhoogd risico op bijvoorbeeld diabetes, op hartfalen of op kanker sterk verbonden is aan de voedingsgewoonten, aan de sedentaire levensstijl en aan het roken. Nochtans blijven deze onaangepaste levensstijlen bestaan en worden ze zelfs nog sterker in de oosterse landen en hierdoor blijft de Gezondheid van een deel van de bevolking achteruit gaan. Informatie en bewustwording worden als essentieel ervaren.

Deze responsabilisering moet een daling van de vraag toelaten, maar ook een betere aanpassing van het aanbod die teweeggebracht wordt door de meer verantwoorde keuzes die de burgers-patiënten zelf maken binnen de mogelijkheden die de zorgcircuits bieden.

Er moeten dus gerichte acties ondernomen worden om de burgers-patiënten te brengen tot:

- Het meer belang hechten aan gezondere levensstijlen en aan het beheer van hun gezondheid, niet enkel op korte, maar ook op middellange en op lange termijn
- Het ontwikkelen van een actieve en participatieve relatie met hun zorgverlener
- Het zoeken van de meest aangepaste en de meest performante diensten en zorgverleners via Internet en via alle informatiebronnen die het ter beschikking gesteld worden

Een succesverhaal: het tabaksverbruik. Men kan het probleem van de zwaarlijvigheid even daadkrachtig aanpakken.

De overheid kan deze rol inzake het bevorderen van de gezondheid aan de actoren van het systeem delegeren, zoals dat in Japan het geval is.

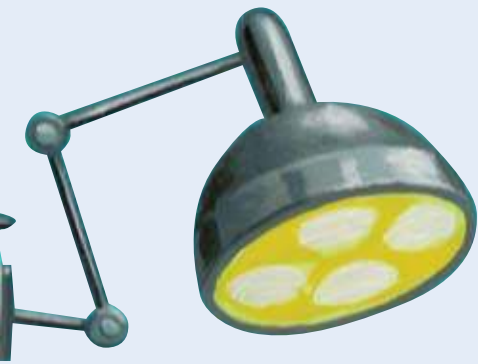
- Het centraliseren van al hun medische informatie centraliseren in een geïnformeerd persoonlijk medisch dossier dat via Internet toegankelijk is
- Het zich bewust worden van de kost die het beroep doen op het gezondheidssysteem met zich mee brengt, zowel op privé vlak als voor de maatschappij
- Het zich vragen stellen en het zich informeren over de pertinentie van de diensten en van de geneesmiddelen, of ze nu terugbetaald worden of niet

De geweldige vooruitgang die in België opgetekend werd op het gebied van tabaksgebruik tonen ons het zeer significante mogelijke impact van een proactieve actie van de overheid aan. Het is mogelijk om met de zelfde kracht het probleem van de obesitas aan te pakken. In het buitenland vinden we enkele interessante voorbeelden<sup>13</sup>: de industriëlen uit de voedingsmiddelensector verplichten eenvoudige etiketten te gebruiken die de kenmerken en de impact van de voedingsmiddelen duidelijk aangeven (Verenigd Koninkrijk), de publiciteit verbieden of beperken, voedingsmiddelen met een hoge waarde van vetstoffen en van koolhydraten belasten (Zweden). Het voorbeeld uit de Verenigde Staten die in 2005 nieuwe voedingsadviezen gegeven hebben en een website gemaakt hebben waarop de mensen hun voedingsinname en hun behoefte aan lichaamsbeweging kunnen volgen, is ook interessant. De site werd gedurende de eerste 72 uren van zijn bestaan bezocht door 160 miljoen mensen.<sup>14</sup>

Naar het voorbeeld van Japan, kan deze rol van gezondheids promotie door de overheid gedelegeerd worden aan de actoren van het systeem. In Japan zullen de verzekeraars verantwoordelijk zijn voor de regelmatige gezondheidscheck-up en voor diensten om de gedragingen op het gebied van gezondheid van hun leden te verbeteren. Zo worden de verzekeraars er toe aangezet een actievere rol te spelen in een gezond en lang leven, maar ook om de kosten van het gezondheidszorgsysteem onder controle te houden.

13 PWC Healtcast 2020: créer un futur durable

14 "Building the pyramid: the government's updated nutrition icon lets you personalize its recommendations", The Washington Post, April 2005



## VOORSTEL

### **Drempels van activiteitsgraad bepalen**

Er wordt algemeen aangenomen dat de kwaliteit en de resultaten van chirurgische ingrepen recht evenredig zijn aan het aantal behandelde gevallen en aan de ervaring die de artsen en verplegers bij elk type interventie opdoen. In veel gevallen wordt het minimum aantal ingrepen – bepaald volgens internationale normen – evenwel niet gehaald. Men kan twee maatregelen nemen: ofwel per activiteit minimumnormen opleggen aan elk ziekenhuis, ofwel de burger-patiënt klaar en duidelijk informeren over het aantal ingrepen dat elk ziekenhuis uitvoert.

**Quick win: borstkanker. Op een afzonderlijke website de MKG gegevens (Minimale Klinische Gegevens) tonen die beschikbaar zijn m.b.t. het aantal chirurgische ingrepen die elk ziekenhuis bij borstkanker uitvoert. Deze gegevens moeten vergezeld worden van het volgende commentaar: « De internationale EUSOMA normen stellen dat operatieteams die jaarlijks minder borstkankeroperaties uitvoeren, te weinig ervaring opdoen om een optimale kwaliteit te bereiken ».**

### **Een gecoördineerde aanpak van de gezondheidszorg ontwikkelen**

Tot op vandaag handelt elke speler in de gezondheidsketen individueel. Hij behandelt « zijn » patiënt zonder dat er van een echte coördinatie sprake is. Niemand is officieel verantwoordelijk voor coördinatie, laat staan dat iemand ervoor vergoed wordt. Men kan geleidelijk aan voor elke ziekte een geïntegreerde aanpak invoeren die alle schakels van de keten omvat. Hierbij begint men best met die ziekten waarvan de coördinatievoordelen, zowel de louter financiële als die op het vlak van de kwaliteit, het meest tastbaar zijn.

**Quick win: een coördinatiefunctie in het leven roepen die men werkelijk en officieel toewijst op basis van een functieomschrijving en een ad hoc verloning.**

03

EEN NIEUWE ROL DURVEN  
GEVEN AAN ALLE ACTOREN  
EN HEN ERTOE OPLEIDEN



De human resources zijn een essentiële succesfactor voor ons gezondheidssysteem van de 21<sup>ste</sup> eeuw. De functies van alle actoren moeten progressief evolueren om beter te beantwoorden aan de verwachtingen van de patiënten en aan de nieuwe uitdagingen van deze eeuw. Het betreft een reële kans die we moeten grijpen. Deze progressieve evolutie van de functies en van de te vervullen rollen is van fundamenteel belang voor het welslagen van ons gezondheidssysteem.



De toekomstige arts zal beter en performanter zijn, want hij zal erin slagen zijn huidige medische praktijk te integreren in een bredere dimensie. De arts zal nog veel doeltreffender zijn, want hij zal opgenomen zijn in een dynamiek die niet enkel berust op een losstaande medische handeling.

Dit is ook het geval voor de apothekers en voor het verpleegkundig personeel die nieuwe dimensies in hun dagelijks professioneel handelen zullen integreren.

Deze evolutie van de zorgverleners zal slechts mogelijk zijn als deze nieuwe dimensies geïntegreerd worden in de basisvorming of in de bijscholing van de beroepsbeoefenaars (artsen, apothekers, verpleegkundigen,...). Specifieke verplichte modules zullen opgenomen worden in het universitair curriculum en in de bijscholingsprogramma's zodanig dat alle artsen er een concreet antwoord kunnen vinden op hun interesse voor deze nieuwe dimensies van hun beroep.

De ziekenhuizen gaan zich specialiseren, veel meer samenwerken met de eerstelijnsartsen, met de thuisverpleging en met de andere ziekenhuizen op een horizontale basis. Ze zullen niet meer georganiseerd worden per dienst, maar in een nieuwe structuur die patiëntgericht is en die, gezien de toegenomen verwachtingen van de patiënten, een nog grotere prioriteit verleent aan de kwaliteit. De coördinatiefunctie zal duidelijk omschreven worden en uitgevoerd worden door een referentiepersoon.

De ziekenfondsen en de privéverzekeraars zullen evolueren van een terugbetalingsfunctie naar een veel actievere participatie in de keuze en de begeleiding van de diensten en dit door actief en gericht samen te werken met de zorgverleners om zo de kwaliteit te verbeteren, de patiënt te informeren en de preventie aan te moedigen.

Deze nieuwe functies zullen ook de overheidsinstanties en de leveranciers van goederen en diensten er toe aanzetten positief te evolueren in wat betreft hun manier van handelen en van interageren met de zorgsector.

Al deze evoluties in de functies zijn positief en moeten beschouwd worden als te grijpen kansen die moeten aangemoedigd worden want ze laten toe de kwaliteit te verbeteren en tezelfdertijd de kosten beter te beheersen.

Ze zullen een grondige reflectie vereisen over de aan te brengen functie- en organisatie-wijzigingen (verlichting van de administratieve taken – uitwerken van functieomschrijvingen – nieuwe, patiëntgerichte organisatiemodellen). Ze zullen volop effect ressorten als ze gepaard gaan met een positieve communicatie en met een samenwerking van alle actoren.

## HUMAN RESOURCES: EEN UITERST BELANGRIJKE COMPONENT

De menselijke middelen zijn een sleutel tot het succes.

De functies van alle actoren moeten worden aangepast zodat ze beter beantwoorden aan de nieuwe uitdagingen van deze eeuw.

“[...] De beroepen in de gezondheidszorg zijn ingrijpend gewijzigd. De rollenverdeling tussen de verschillende beroepen op het vlak van de gezondheid, de samenhang tussen de verschillende interventies en de coördinatie van de kennis en de vaardigheden rondom de patiënt zijn voortdurend in beweging.”

Human resources zijn een essentiële succesfactor voor ons gezondheidssysteem van de 21<sup>ste</sup> eeuw. De functies van alle actoren moeten progressief evolueren om beter te beantwoorden aan de verwachtingen van de patiënten en aan de nieuwe uitdagingen van deze eeuw. Het betreft een reële kans die we moeten grijpen. Deze progressieve evolutie van de functies en van de te vervullen rollen is van fundamenteel belang voor het welslagen van ons gezondheidssysteem.

Deze belangrijke en snelle evolutie van de beroepen in de gezondheidssector wordt onderstreept in het recente rapport van de « Haute Autorité de la Santé » dat in april 2008 verschenen is: « Omwille van de vooruitgang van het wetenschappelijk onderzoek en de klinische en technische innovaties, van het verschijnen van de problemen in verband met de openbare gezondheid en ook omwille van meer algemene maatschappelijke veranderingen, hebben de beroepen van de gezondheidssector heel belangrijke wijzigingen ondergaan. De verdeling van de rollen onder de gezondheidswerkers, de afstemming van de verschillende interventies, de coördinatie van de professionele competenties rond de patiënt zijn voortdurend in beweging.»

Het rapport van de WGO, verschenen in 2006<sup>15</sup> toont ook aan dat « Het bestaande gezondheidspersoneel optimaal benutten » om vier redenen van cruciaal belang is:

- Het leidt sneller tot resultaten dan de strategieën die de verhoging van de personeelsbezetting beogen
- De menselijke middelen zijn beperkt en dat doet zich nog sterker gelden in een context van schaarste

<sup>15</sup> WGO (2006) « Rapport sur la Santé dans le monde 2006: tirer le meilleur parti du personnel de santé existant »



- Gemotiveerde human resources vergemakkelijken het aanwerven en het fideliseren
- Het laat het meest billijke en financieel meest efficiënte gebruik van de middelen toe

## NIEUWE ROLLEN VOOR ALLE ACTOREN

Alle actoren zullen andere rollen toebedeeld krijgen. Wij hebben getracht een concreet beeld te schetsen van hoe dit in de dagelijkse praktijk tot uiting zou kunnen komen.

Het volstaat niet te besluiten tot de noodzakelijke evolutie van de functies en van de taken, men moet ook een concreet beeld geven van de manier waarop dit zich in de dagelijkse realiteit van elk van de actoren zou kunnen vertalen.

Daarom hebben we een synthese gemaakt van de ideeën uit de laatst gepubliceerde globale prospectieve rapporten <sup>16 17 18</sup> die ons pertinent lijken en we hebben ze aangevuld met meer specifieke onderzoeken en met onze eigen ervaring en visie.

### Nieuwe rollen voor de artsen

De arts van morgen zal een betere en een beter presterende arts zijn omdat hij zijn huidige medische praktijk in een bredere dimensie zal integreren.

De toekomstige arts zal beter en performanter zijn want hij zal erin slagen zijn huidige medische praktijk te integreren in een bredere dimensie. De arts zal nog veel doeltreffender zijn want hij zal opgenomen zijn in een dynamiek die niet enkel berust op een losstaande medische handeling.

- De artsen van vandaag
  - o Vandaag is de voornaamste zorg van de artsen het presteren van eigenlijke medische handelingen. De volledige vorming die ze tijdens hun studies krijgen is hierop gericht.
  - o Hij werkt op een eerder individuele basis
  - o Hij wordt betaald per prestatie
  - o Hij brengt een « voorschrijfrelatie » met zijn patiënt tot stand
  - o Hij baseert zich meestal op informatie op papier of op zijn geheugen. Hij heeft slechts weinig informatie over de massa elders beschikbare informatie
  - o Hij beslist individueel, op basis van zijn ervaring en van gesprekken met zijn collega's, over de beste behandeling

<sup>16</sup> IBM « Healthcare 2015: Win-win or lose-lose ? A portrait and a path to successful transformation »

<sup>17</sup> Pricewaterhousecoopers "HealthCast 2020: Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel"

<sup>18</sup> Deloitte "The future of Health Care: an outlook from the Perspective of Hospital CEOs"

De arts van de toekomst ...

... houdt rekening met de problematiek van het beheer van het gezondheidssysteem ;

... werkt veel nauwer samen met zijn collega's ;

... door nieuwe incentives werkt hij meer op lange termijn;

... maakt gebruik van alle mogelijkheden die de informatica hem biedt.

Verpleegkundigen voeren heel wat taken uit die hen wettelijk gezien niet officieel zijn toevertrouwd. De verpleegster van morgen zal nieuwe taken toegewezen krijgen, maar deze taken moeten officieel in haar wettelijke verantwoordelijkheden worden opgenomen.

- De artsen van morgen
  - o De eigenlijke medische handelingen zijn niet langer de enige zorg – de arts neemt de zorg voor het beheersen van het gezondheidssysteem in het geheel op en hij kiest de meest adequate alternatieven.
  - o Hij werkt in veel nauwere samenwerking of in team met zijn collega's. Of zoals het "Collège des médecins du Québec"<sup>19</sup> onderstreept, zal de familiearts van morgen niet enkel de rol van zorgverlener vervullen, maar hij zal ook instaan voor de coördinatie en de integratie van de zorgen. Het belang van de samenwerking onder al haar vormen, of het nu een ziekenhuisomgeving of eerstelijns hulp betreft, wordt ook onderstreept door het rapport van de "Haute Autorité de Santé"<sup>20</sup>.
  - o Er worden nieuwe stimuli geïntroduceerd in de vergoeding om de preventie, het beheer van chronische ziekten, aan te moedigen. Hierin is niet alleen een korte termijndimensie, maar ook een lange termijndimensie opgenomen.
  - o Hij bouwt een samenwerkingsverband op met zijn patiënt en hij deelt met hem zijn kennis in de besluitvorming.
  - o Hij benut alle mogelijkheden van de informatica en heeft in real-time toegang tot alle informatie. Hij baseert zich op gestandaardiseerde en geoptimaliseerde behandelingsprocedures die hij aanpast in functie van zijn specifieke klant.

## Nieuwe rollen voor het verpleegkundig personeel

Parallel met de evolutie van het artseneroep, zal ook het beroep van verpleegkundige sterk evolueren en dit in vele aspecten.

Vooreerst, zoals Cécile Fontaine<sup>21</sup> het onderstreept, « zal de grootste uitdaging er uit bestaan te bepalen wat onder de verantwoordelijkheid en de activiteiten van de verpleegkundige valt ». Inderdaad, vandaag worden talrijke taken vaak door verpleegkundigen opgenomen zonder dat deze hen officieel op juridisch vlak worden toevertrouwd. De verpleegkundige van morgen zal belast worden met nieuwe taken, en deze taken zouden moeten vastgelegd worden binnen het kader van hun wettelijke verantwoordelijkheden.

<sup>19</sup> Collège des médecins du Québec (2005) « Le médecin de famille: un rôle essentiel à moderniser »

<sup>20</sup> Haute Autorité de Santé (december 2007) « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé »

<sup>21</sup> Cécile Fontaine « La profession infirmière demain: un défi pour les managers hospitaliers » Tijdschrift Hospitals, be/ N247

Daarnaast ontstaan er ook nieuwe samenwerkingsvormen tussen artsen en verpleegkundigen.

Verpleegsters staan aldus in voor het bevorderen van de gezondheid, voor het opvolgen van chronische ziekten die gestabiliseerd zijn en voor de eerstelijnszorg.

Deze ontwikkelingen zijn erg belangrijk om het zorgsysteem te optimaliseren, om de huidige niet-erkende praktijken te regulariseren en om een daadwerkelijke erkenning te geven.

Ook de rol van de apothekers gaat aanzienlijk evolueren. Ze zullen bijkomende diensten verlenen met een hoge toegevoegde waarde:

Anderzijds tekenen zich nieuwe samenwerkingsmodellen tussen de artsen en het verpleegkundig personeel af. Een tijdschrift gerealiseerd door het CREDES<sup>22</sup> toont aan dat, meer in het bijzonder in de Angelsaksische landen, de verpleegkundigen die een bijscholing genoten hebben, complementair samenwerken met de artsen. Zo krijgen ze de verantwoordelijkheid over de gezondheidspromotie (gezondheidscheck-ups, “opvoeding” van de patiënt, opsporingen), het opvolgen van gestabiliseerde chronische pathologieën (astma, diabetes, cardiovasculaire ziekten) en de eerstelijns raadplegingen (aanvangsbilan van sommige patiënten met eigen verantwoordelijkheid of met doorverwijzing naar de huisarts).

En tot slot zullen de verpleegkundigen op heel intensieve wijze de informatietechnologie gebruiken om de diagnose te optimaliseren en om te zorgen voor de verpleegkundige opvolging via het verpleegkundig dossier.

Zoals het rapport Berland<sup>23</sup> het onderstreept, zijn deze evoluties heel belangrijk, niet enkel om « het hoofd te bieden aan de aangekondigde daling van de medische demografie, maar ook om het zorgsysteem te optimaliseren, de bestaande, niet erkende praktijken te regulariseren en te voorzien van een wettige erkenning».

Deze evolutie van de functies kadert in een evolutie naar meer op de openbare gezondheid<sup>24</sup> gerichte functies en dus in een verantwoordelijkheidsbesef dat veeleer horizontaal dan verticaal is.

### Nieuwe rollen voor de apothekers

Ook de rol van apotheker zal op significante wijze evolueren. Zoals Filip Babylon van de APB (Algemene Pharmaceutische Bond) het benadrukt, bevindt de huisarts zich tegenwoordig op een kruising van wegen en zal hij genoodzaakt zijn zich te herpositioneren.

22 Midy F. « Efficacité et efficience de la délégation d’actes des médecins généralistes aux infirmiers » CreDES, 2003

23 Berland Y. « Rapport de la mission Coopération des professionnels de santé: le transfert des tâches et des compétences » Paris Ministère de la Santé 2003

24 J. Pommier “Les infirmières et la santé publique: évolution des missions et des formations”, Santé Publique 2004/2, N°42

Met de ontwikkeling van specialismen worden de magistrale bereidingen steeds zeldzamer en zal de terhandstelling van het goede geneesmiddel, ook al blijft dit belangrijk en nog steeds prioritair in de academische vorming, slechts een van de componenten van het beroep van apotheker zijn. Tot op heden blijft de universitaire vorming geconcentreerd op het geneesmiddel, maar het beroep evolueert en zal verder evolueren in de richting van andere dimensies. De apotheker zal steeds meer genoodzaakt zijn diensten met een hoge toegevoegde waarde te leveren:

1. de rol van raadgever, van gids in het gezondheidssysteem die de weg wijst naar de meest aangewezen mogelijkheden ...

Een eerste belangrijke nieuwe dimensie is de adviserende functie, het wegwijs maken in het gezondheidssysteem en het begeleiden naar meer adequate keuzes... En inderdaad, zoals Dr Sandrine Motamed<sup>25</sup> het onderstreept, « Wat zoekt een klant die naar de apotheek gaat? Een geneesmiddel (al dan niet voorgeschreven door zijn arts)? De gebruiksaanwijzing? Een therapeutische opvolging? Dit is wat a priori blijkt uit de teksten die het beroep omschrijven. Het volstaat nochtans 10 minuten ter plaatse te gaan om te merken dat het grootste deel van de activiteiten van de apotheker zich elders situeert: advies over een gezondheidsprobleem, over de ernst van een situatie, wegwijs maken in het gezondheidssysteem.»

2. de rol als preventiespecialist

Een andere belangrijke dimensie is de preventierol. Zo toont Alain Deccache<sup>26</sup> aan dat de apothekers een belangrijke preventierol zouden kunnen spelen. Ze worden het vaakst geraadpleegd en zien de patiënten soms meer dan de andere zorgverleners. Talrijke studies tonen ook in Zweden, Canada en Groot-Brittannië de efficiëntie van de tussenkomst van de apotheker in het kader van nationale of lokale preventiecampagnes (scholen, clubs...) aan.<sup>27</sup>

3. de rol van coördinator met de huisarts of het rusthuis.

Tot slot wordt steeds meer het belang van de coördinerende rol met de huisarts of met het rusthuis benadrukt. De essentiële functie van de apotheker in het kader van het multidisciplinair werken wordt op de voorgrond gesteld. Zo toont de studie van het KCE<sup>28</sup> duidelijk aan dat de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorschriften beter is als het rusthuis samenwerkt met een ziekenhuisapotheker of met een lokale apotheker die betrokken is bij het geneesmiddelenbeleid.

25 Sandrine Motamed, André Rougemont (2007): « Vers un nouveau profil professionnel pour le pharmacien » Bulletin des médecins suisses

26 Alain Deccache « Education pour la santé: reconnaître le nouveau rôle des médecins et pharmaciens » La santé de l'homme N°376

27 Anderson C. Health « Promotion in community pharmacy: the UK situation » Patient Education and Counseling

28 KCE (2006) « Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen »

## Nieuwe rollen voor de ziekenhuizen

- De ziekenhuizen van vandaag  
Hun activiteiten omvatten de breedst mogelijke waaier aan diensten. Ook al is het aantal ziekenhuizen sterk herleid, betekent dit niet dat het aantal ziekenhuisbedden in overeenstemming daarmee gedaald is: iedereen heeft zich ingezet om het beschikbare aanbod te behouden.

Er is een hevige concurrentie tussen de instellingen en van samenwerking is er niet veel sprake. De samenwerking met de andere schakels van de zorgketen is weinig ontwikkeld, want iedereen werkt in het kader van een verticale organisatie.

Het ziekenhuis is georganiseerd in diensten en de budgettaire as is de voornaamste zorg.

De ziekenhuizen van morgen ...  
... gaan zich verder specialiseren ;

- De ziekenhuizen van morgen  
Ziekenhuizen gaan zich specialiseren en dekken niet langer het volledige gamma aan diensten. Deze specialisatie leidt tot een veel grotere samenwerking tussen de instellingen en tot een overplaatsing van gevallen in functie van de erkende competenties.

... gaan als norm horizontaal  
samenwerken ;

De samenwerking, of zelfs de integratie op een horizontale basis, wordt de werkingsnorm: de eerstelijns geneeskunde, de thuisverzorging worden geïntegreerd in de strategie en in de activiteiten van het ziekenhuis.

... gaan zich meer patiëntgericht  
structureren.

Het ziekenhuis organiseert zich niet langer rond diensten, maar in een nieuwe, patiëntgerichte structuur. De toegenomen kwaliteitseisen van de patiënten beklemtonen de kwaliteit als prioriteit die toegevoegd wordt aan de budgettaire zorg.

## Nieuwe rollen voor de ziekenfondsen en voor de privéverzekeraars

- De ziekenfondsen en de privéverzekeraars van vandaag  
Ze verzekeren de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen. In die hoedanigheid staan ze garant voor het budget en voor de toegankelijkheid van het gezondheidssysteem.  
De informatie die aan de leden verstrekt wordt, is hoofdzakelijk van administratieve aard.

De concurrentie wordt aangegaan op basis van diensten, aangeboden door het ziekenfonds of door de privéverzekeraar. Men probeert zich te differentiëren door het aanbieden van gratis diensten of door het toevoegen van nieuwe diensten.

Ze kennen slechts matig de organisaties voor welke ze de terugbetaling dekken en kunnen hun leden dus niet oriënteren in functie van de kwaliteit van de aangeboden diensten. De controles worden uitgevoerd voor de terugbetaling van bepaalde specifieke verstrekkingen.

De ziektekassen en de private verzekeraars van morgen ...  
... gaan niet langer louter kosten vergoeden, maar gaan op een meer actieve wijze deelnemen aan de keuze en de richtinggeving van de diensten;

... gaan samenwerken met de zorgverstrekkers;

... gaan zich actief bezig houden met de zorgcoördinatie;

- De ziekenfondsen en de privéverzekeraars van morgen  
Ze verzorgen niet alleen meer een terugbetalingsfunctie in het systeem, maar participeren ook actiever in de keuze van en het begeleiden doorheen de diensten. Ze kennen dus de organisaties en de diensten waarvoor ze de terugbetaling verzorgen. Ze geven informatie en sturen de patiënten naar de meest geschikte diensten.

Ze werken actief samen met de dienstverleners om de kwaliteit en de efficiëntie van de medische handelingen te verbeteren. Ze nemen steeds meer een proactieve en gesegmenteerde benadering van de ziekten aan (disease management) en ze bevestigen de preventie en het proactief beleid van chronische ziekten.

Globaal gezien leggen ze zich actief toe op de zorgcoördinatie en op de nieuwe geïntegreerde horizontale visie. Een interessant voorbeeld hieromtrent wordt ons gegeven door Frankrijk waar de wet van 13.08.2004 een "gecoördineerd gezondheidsparcours" invoert. De ziekenfondsen moeten er de oprichting van een zorgparcours integreren in hun activiteiten. Deze hervorming<sup>29</sup> « vormt een heel belangrijke uitdaging voor het ziekenfonds in de organisatie en de toegankelijkheid van het zorgsysteem ».

<sup>29</sup> Mutualité française « La Mutualité Française dans l'Union Européenne: mutations et nouveaux défis »

Ook de overheid zal zich verplicht zien om haar prioriteiten en haar rollen opnieuw onder de loep te nemen:

- zich meer richten op de middellange en lange termijn;
- meer aandacht schenken aan de kwaliteit;
- zich meer onafhankelijk opstellen;
- een horizontale aanpak bevorderen.

Men moet tevens de nieuwe rollen van de burgers-patiënten opnieuw benadrukken en de evolutie onderlijnen in de rol die de leveranciers van goederen en diensten spelen.

## Nieuwe rollen voor de overheid

De overheid zal, in deze context van evolutie van de functies van de verschillende actoren van het Gezondheidssysteem, genoodzaakt zijn om ook haar prioriteiten en haar rol te herzien:

- o de zorgen op middellange- en op lange termijn integreren en ze vertalen in meerjarenplannen
- o hun prioriteiten uitbreiden van budgettaire zorgen op korte termijn naar de kwaliteit en de verbetering van de gezondheid in het algemeen
- o studies uitvoeren om de behoeften en de oplossingen op het terrein beter te bevatten
- o een houding aannemen die losser staat van de lobby's en van de verdediging van individuele belangen en durven regels opstellen in gebieden die sinds lang taboe gebleven zijn
- o de horizontale benadering en de coördinatie van de gezondheidszorg begunstigen door de patiënt te beschouwen als een essentiële drijfkracht voor verandering

Bij deze evolutie van de rollen en de functies, moeten we opnieuw aandringen op de nieuwe rollen van de burger-patiënt die we aangehaald en behandeld hebben in het eerste hoofdstuk. Deze zijn van cruciaal belang. We moeten ook de rol aanhalen van de leveranciers van goederen en diensten die:

- o beter zullen willen begrijpen hoe hun product of dienst geïntegreerd wordt in het "continuum of care"
- o andere beschouwingen, zoals de economische weerslag en de kosteneffectiviteitratio zullen integreren in de research and development
- o zullen beschouwd worden als volwaardige partners in de openbare gezondheidsprojecten zoals de disease management projecten die zich buigen over een bepaalde ziekte of over een bepaalde groep ziekten

## AAN TE VATTEN WERKZAAMHEDEN

3.3.3.1. De opleidingen moeten worden aangepast om voor te bereiden op de nieuwe functies.

### De opleidingen aan de nieuwe functies aanpassen

De evolutie van de verschillende beroepen – apothekers, artsen, verpleegkundigen, kinesisten – naar de nieuwe functies zal natuurlijk niet kunnen gerealiseerd worden zonder een bijkomende inbreng in termen van vorming. Inderdaad, het komt erop aan om voor ieder beroep een of meerdere nieuwe dimensies te integreren in de dagelijkse praktijk:

- o Integratie van de beheersproblemen van het gezondheidssysteem en keuze van de meest adequate alternatieven
- o Veel nauwere samenwerking of werken in teamverband met zijn collega's
- o Integratie van een lange termijn dimensie en niet langer enkel van een korte termijn dimensie
- o Samenwerkingsverband met de patiënt en het met hem delen van zijn kennis in de besluitvorming
- o Gebruik maken van alle mogelijkheden die de informatica te bieden heeft

Deze verandering van de dagelijkse gewoontes, zorgen en werkmethodes maakt tezelfdertijd een vorming en een begeleiding in het change management noodzakelijk.

De opleidingen die nu in België worden gegeven beantwoorden helemaal niet of slechts gedeeltelijk aan de nieuwe behoeften.

Als we de opleidingen die nu in België verstrekt worden onder de loep nemen, dan moeten we vaststellen dat deze niet, of slechts heel gedeeltelijk beantwoorden aan de nieuwe behoeften.

Een basisvorming in het management is quasi onbestaande in het universitaire curriculum van de artsen. Met uitzondering van één universiteit, wordt in geen enkel jaar van de opleiding van de nieuwe geneesheren een basisvorming in het management geïntegreerd.

Er bestaan bijscholingen - en soms is de kwaliteit ervan excellent - maar ze vergen een zeer belangrijke personeelsinvestering en zijn niet algemeen verspreid. Een verspreiding van deze opleidingen over alle gezondheidswerkers is noodzakelijk. Anderzijds moeten de thema's die in deze opleidingen behandeld worden het geheel van de hoger uiteengezette dimensies omvatten.



Zo moeten de basisopleidingen worden herzien. Parallel daaraan zullen er lokaal opleidingen worden gegeven over zeer specifieke thema's.

Om deze nieuwe dimensies erin te integreren, moeten de programma's van de basisvorming herzien worden. Tezelfdertijd zullen er korte opleidingen, over zeer specifieke thema's, die lokaal verstrekt worden, georganiseerd worden. Deze zullen een maximale meerwaarde genereren, zowel voor de zorgverleners als voor het geheel van het gezondheidssysteem.

De kennis van het gezondheidssysteem, de integratie van de beleidsproblematiek, het belang van de samenwerking, de informaticavorming, zijn allemaal thema's die de zorgverstrekkers aanbelangen. De studie die onlangs uitgevoerd werd door het RIZIV toont de immense verwachtingen van de artsen tegenover een informaticaopleiding aan. De studenten tonen heel veel belangstelling voor de enige universiteit die tot op vandaag een basisopleiding in het management aanbiedt en ze schrijven zich hiervoor massaal in.

### De functies en de nieuwe samenwerkingsvormen op het federale of op het regionale niveau durven herbepalen

Het is absoluut noodzakelijk om grondig na te denken over hoe de beroepen moeten worden aangepast aan de nieuwe eisen van deze eeuw.

In navolging van het werk dat in Frankrijk door de « Haute Autorité de Santé »<sup>30</sup> gerealiseerd is, dringt een diepgaande reflectie over het aanpassen van de beroepen aan de nieuwe vereisten van deze eeuw zich op. Deze reflectie zou moeten kunnen uitmonden in een herdefiniëren van de professionele rolveranderingen en van de verandering in de scheidslijnen tussen de diensten. Bronnen: Sibbald et al. 2004<sup>31</sup> en Mc Kee, 2006<sup>32</sup>.

30 Haute Autorité de la Santé (April 2008) « Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels des santé ? »

31 Sibbald B., Shen J. en Mc Bride A. ( 2004 ), "Changing the skill-mix of the health care workforce J.Health Serv. Res. Policy 9

32 Mc Kee M., Dubois C-A en Sibbald B., (2006), « Changing professional boundaries » In Human resources for health in Europe ( Maidenhead: Open University Press ).

## DE PROFESSIONELE ROLVERANDERINGEN

- Het delegeren: wijst naar de actie waardoor de gezondheidswerker aan een andere gezondheidswerker het uitvoeren van een verzorgingshandeling of een taak delegeert
- Het transferen: wijst naar de actie waardoor een verzorgingshandeling van het ene professionele korps naar het andere wordt overgeplaatst
- Het innoveren: de creatie van een nieuw beroep

De verandering in de scheidslijnen tussen de diensten:

- Het transfereren: de patiënten worden op een andere plaats verzorgd (bijvoorbeeld eerder thuis dan in het ziekenhuis)
- Het reloceren: het verplaatsen van het personeel van een dienst naar een andere werkomgeving (bijvoorbeeld thuishospitalisatie, thuispsychiatrie, ...)
- Het verbinden : vorming en begeleiding van een verzorgingsteam door een professional uit een andere sector (bijvoorbeeld een ziekenhuisgeriater die aan huis of in het kader van een zorgnetwerk intervenueert)

### De organisatie aanpassen om het opkomen van deze nieuwe functies te vergemakkelijken

- De administratieve taken verlichten door een maximale automatisatie  
Uit alle individuele gesprekken die we gehad hebben met de verantwoordelijken van de gezondheidswereld blijkt dat de administratieve taken die op het gezondheidspersoneel wegen, steeds zwaarder worden en dat ze zouden moeten verlicht worden.

De moderne technologieën voor communicatie en data processing laten tegenwoordig een maximale automatisatie van al deze taken toe. Tot op vandaag worden ze slechts gedeeltelijk gebruikt. De veralgemening van deze automatisatie moet al de gezondheidswerkers toelaten meer tijd en al hun energie te besteden aan de patiënt.

- Nieuwe patiëntgeoriënteerde organisatiemodellen en actieplannen  
De klassieke ziekenhuisorganisatie is ingedeeld en georganiseerd in diensten:

Administratieve taken moeten worden verlicht.

Nieuwe organisatiemethoden met de burger-patiënt als middelpunt.

- o administratieve dienst
- o verpleegdienst
- o medische dienst
- o financiële dienst
- o technische dienst

Het nieuwe organisatie-model, zoals het al toegepast wordt in het Sint Blasius Ziekenhuis te Dendermonde, evolueert van een input gebaseerde indeling naar een output gebaseerde indeling. Centraal in het systeem bevinden zich eenheden die gebaseerd zijn op groepen patiënten met gelijkaardige kenmerken van pathologieën. Voor deze homogene groepen patiënten worden klinische wegen uitgebouwd. De artsen dragen de volle verantwoordelijkheid voor de ingeleide processen, waar de activiteiten ook plaatsvinden.

Naast het invoeren van nieuwe organisatiestructuren, zouden nieuwe patiëntgeoriënteerde actieplannen moeten ontwikkeld worden.

Gedetailleerde, schriftelijke functieomschrijvingen voor alle actoren.

- Schriftelijke en precieze functieomschrijvingen voor iedere actor  
De evolutie van de functies maakt een bijstelling en een duidelijk herdefiniëren van alle functies en rollen noodzakelijk. Deze functiebeschrijvingen moeten schriftelijk vastgelegd worden en moeten de doelstellingen, de verantwoordelijkheden, de bevoegdheden en de hiërarchische structuur duidelijk omschrijven.

Deze functiebeschrijvingen moeten aangepast worden op micro-economisch en op macro-economisch vlak. Op macro-economisch vlak, is het van essentieel belang dat de sleutelactoren van het systeem heel precies de rollen kennen die hen toegekend worden: deze nieuwe rollen zullen dus duidelijk omschreven moeten worden op wetenschappelijk vlak. Als er nieuwe functies toebedeeld worden aan bijvoorbeeld de ziekenfondsen, dan moeten deze nieuwe functies in teksten terug te vinden zijn.

Op micro-economisch vlak, zullen deze algemene functiebeschrijvingen binnen iedere individuele structuur, zoals de ziekenhuisinstellingen, moeten aangepast en vervolledigd worden. Gezien de meeste van de gezondheidswerkers, zowel in België als in de andere landen, niet over echte jobbeschrijvingen beschikken, opent deze strategie brede perspectieven.

Op een positieve manier communiceren en alle actoren samenbrengen: de artsen, de verpleegsters en de andere personen die bij de gezondheid zijn betrokken worden niet louter gemotiveerd door de arbeidsomstandigheden, door hun salaris of door het beleid.

Een algemeen succes kan niet zonder een positievere cultuur en communicatie.

Het succes vereist ook een beter samenspel tussen alle actoren.

### Positief communiceren en alle actoren verenigen

Zoals het rapport van het OMS<sup>33</sup> het onderstreept, worden de artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers niet enkel gemotiveerd door de werkomstandigheden, de inkomsten en het beheer.

De human resources worden ook beïnvloed door de manier waarop men naar de toekomst kijkt in functie van de opgedane ervaringen, de inzichten van anderen en de tendensen die zich aftekenen. Als het geschoold personeel ongerust is over de toekomst, dan heeft dit een invloed op de professionele beslissingen en op de motivatie.

Het belang van deze ondernemingscultuur en van de perceptie van de toekomst wordt duidelijk aangetoond door de talrijke fusies die in de ziekenhuizen doorgevoerd worden. De cultuur en de instemming met het nieuwe project is een conditio sine qua non voor het welslagen. Talrijke fusies zijn mislukt of hebben niet het gewenste resultaat opgeleverd omdat het belang van de bedrijfscultuur onderschat werd.

Het globale welslagen berust op een positievere cultuur en communicatie. Het is frappant te moeten vaststellen dat de significante toename van het aantal inschrijvingen aan de verpleegscholen te danken is aan een positieve nationale communicatiecampagne over het beroep. Deze positieve communicatie moet voor alle niveaus en voor alle actoren gebruikt worden.

Het succes hangt ook af van een betere integratie van alle actoren die interageren binnen het gezondheidssysteem. Bepaalde sleutelactoren zijn tot op vandaag te weinig geïntegreerd: we denken natuurlijk aan de burgers-patiënten, maar ook aan de aanvullende verzekeringsmaatschappijen of aan de farmaceutische industrie. Deze integratie betekent niet noodzakelijk de integratie in alle beslissingsprocessen, maar toch op zijn minst in de consultatieprocessen, in het zoeken naar gemeenschappelijke oplossingen of concrete acties op het terrein.

33 OMS (2006) « Rapport sur la Santé dans le monde 2006: tirer le meilleur parti du personnel de santé existant »



## VOORSTEL

### **Alle gezondheidswerkers opleiden tot hun nieuwe rol**

Artsen, apothekers, verplegers en verzorgenden zullen in de 21<sup>ste</sup> eeuw beter en meer werk leveren. Hun dagelijks werk gaat immers nieuwe dimensies krijgen: zorg voor het beleid, een veel nauwere samenwerking en coördinatie met hun gelijken, het delen van kennis en van functies, het gebruiken van alle mogelijkheden die de informatica hen biedt, een rol als preventieadviseur en als raadgever in het algemeen, steeds met de lange termijn voor ogen. De organisaties zullen er zich moeten op instellen om het tot stand komen van deze nieuwe functies te bevorderen. De individuen zelf zullen overeenkomstig moeten worden opgeleid.

**Quick win: verplichte bijkomende opleidingen, die de nieuwe functies van de 21<sup>ste</sup> eeuw omvatten, moeten worden toegevoegd aan het cursuspakket van de artsen, apothekers en verplegers aan de universiteit of hogeschool**

### **Een nieuwe rol durven toebedelen aan de ziekenkassen, de private verzekeraars, de ziekenhuizen en de burgers-patiënten**

De ziekenkassen en private verzekeraars mogen niet langer loutere terugbetalingsinstellingen zijn. Ze moeten de patiënten raad geven en voorlichten; ze moeten samenwerken met de zorgverstrekkers met het oog op de verbetering van de kwaliteit en ze moeten actief deelnemen aan de coördinatie.

De ziekenhuizen moeten worden aangespoord om zich te specialiseren en om veel meer samen te werken met de eerstelijns geneeskunde en met de thuisverzorging.

De burger-patiënt moet worden gestimuleerd om zich als een verantwoordelijke consument te gedragen. Hiervoor is nodig dat hij beter op de hoogte is van de kosten en van de keuzen die hij maakt. Ook moeten de patiëntenverenigingen echt een adviserende en ondersteunende rol krijgen.

De industrie betrekken bij het informatieproces, bij het consultatieproces of bij het samen zoeken naar oplossingen.

**Quick win: zich ten gronde buigen over de ontwikkeling van de rol van deze verschillende actoren en hen aansporen tot het ontwikkelen van erkende websites en call centers. Doelstelling: de verspreiding van kwalitatieve informatie stimuleren, die zich onderscheidt van de onbetrouwbare of gekleurde massa-informatie die op het internet beschikbaar is.**

04

NIEUWE INCENTIVES  
ONTWIKKELEN OM  
DE ACTOREN BETER TE  
RESPONSABILISEREN



Er moeten nieuwe, maar niet alleen financiële, incentives ontwikkeld worden om de zorgverleners en de organisaties geleidelijk naar hun nieuwe rollen te laten toegroeien.

De financiële verantwoordelijkheid van de actoren van het gezondheidssysteem werd ingevoerd vanaf de jaren negentig. Het was de bedoeling de toename van de gezondheidskosten in te dijken en de onnodige kosten, die veroorzaakt werden door een financieringsmethode die gebaseerd was op het onvoorwaardelijk terugbetalen van de dienstverleners, te beperken. Het initiatief om de actoren financieel te responsabiliseren gaat de goede richting uit, maar moet aangevuld worden.





Men moet vandaag nieuwe incentives bedenken om:

- De coördinatie tussen alle gezondheidswerkers te begunstigen
- De artsen, de verpleegkundigen en de apothekers ertoe aan te zetten de preventie, het beheer van de chronische ziekten, de lange termijn en het gebruik van de informatietechnologieën te bevorderen
- De ziekenhuizen aan te moedigen om de kwaliteit, de samenwerking en de keuze van meer adequate alternatieven te begunstigen
- De ziekenfondsen toe te laten hun financiële verantwoordelijkheden op te nemen door hen in staat te stellen een reële invloed uit te oefenen op de kosten en door ze progressief hun administratieve rol te laten overstijgen en zich te doen toeleveren op de goede gezondheid van hun leden (informatie van patiënten, gericht beheer van de belangrijkste ziekten, preventie...)
- De patiënten een beter besef van de kosten bijbrengen en ze begeleiden naar alternatieve, meest adequate keuzes

## INLEIDING

Het principe van de responsabilisering van de actoren van het gezondheidssysteem bestaat erin hen de financiële gevolgen van hun medische beslissingen gedeeltelijk te laten ondergaan. Dit principe werd eind de jaren negentig in België geïntroduceerd om de toename van de gezondheidskosten in te dijken en om de onnodige uitgaven te beperken.

*Het responsabiliseringsprincipe bestaat erin de actoren de financiële gevolgen van hun medische keuzes gedeeltelijk te laten ondergaan om ze er toe aan te zetten iedere zinloze uitgave te vermijden.* Een reeks hervormingen die in de jaren negentig werden ingevoerd, kadert in die logica: verhoging van het gedeelte dat de patiënt betaalt (verhoging van de remgelden in 1994 en het herindelen van farmaceutische specialiteiten in lagere terugbetalingniveaus in 1992, financiële responsabilisering van de ziekenfondsen (1994) en prospectieve financiering van de ziekenhuizen (opeenvolgende hervormingen vanaf de jaren 1980). Het is ook in deze periode en binnen dezelfde logica dat men een groeionorm voor het geheel van uitgaven van de ziekteverzekering (en van ieder van haar sectoren) heeft ingevoerd.

Geconfronteerd met de nieuwe uitdagingen, moeten er nieuwe incentives worden bepaald, zowel op het algemene als op het individuele vlak.

Een betere coördinatie moet worden gestimuleerd door specifieke financieringsvormen. Een ziekenhuis dat zich inspant om de coördinatie met de eerstelijnsbepalers te verbeteren, haalt daar immers niet steeds ten volle profijt uit op korte termijn.

Deze coördinatie zal maar slagen als één of meerdere personen er de verantwoordelijkheid voor krijgen.

Dit initiatief gaat de goede richting uit, maar het moet aangevuld worden. Geconfronteerd met de nieuwe uitdagingen, moet men verder gaan door nieuwe incentives te definiëren op algemeen en op individueel vlak.

## DE ACTIVITEITEN OP HET VLAK VAN COÖRDINATIE STIMULEREN

Zoals het rapport van de « Haute Autorité de Santé »<sup>34</sup> het onderstreept, moet de ontwikkeling van coördinatieactiviteiten vertaald worden in een specifieke financiering, toch op zijn minst op korte termijn, gezien de besparingen die er mogelijkkerwijs kunnen uit voortvloeien en toelaten de coördinatie te begunstigen, niet op korte termijn kunnen gerealiseerd worden. Deze financiering is bovendien noodzakelijk want de verwachte winst zal niet noodzakelijkerwijs rechtstreeks ten goede komen aan de actor die voor de coördinatie instaat. Als dus het ziekenhuis een coördinatie-initiatief met de eerstelijnsactoren neemt, zal het niet noodzakelijk rechtstreeks al de winsten op korte termijn opstrijken. Die coördinatie kan zelfs uitmonden in inkomstenverlies.

**Deze coördinatie betreft evenzeer de coördinatie binnen het ziekenhuis als de coördinatie met alle gezondheidswerkers buiten het ziekenhuis. Deze coördinatie zal slechts doeltreffend zijn als ze duidelijk toevertrouwd wordt aan een of meerdere personen die de bevoegdheden, de tijd en de financiële middelen hebben om deze coördinatie taak uit te voeren.**

Men kan verschillende financiële incentives gebruiken:

- In de HMO's (Health Maintenance Organization) in de Verenigde Staten, wordt de coördinatiefunctie toevertrouwd aan een verpleegkundige die speciaal voor deze taak opgeleid en gefinancierd wordt. Gedurende de volledige behandeling van de patiënt overlegt deze verpleegkundige met de gezondheidswerkers, bestudeert hij de meest geschikte behandeling voor de patiënt en denkt hij na over het meest geschikte moment om de patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan.

<sup>34</sup> Haute Autorité de la Santé (April 2008) « Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? »

- Men kan ook aanzetten tot samenwerking door te betalen per prestatie. Het gaat over het invoeren van aansprekende mechanismes die de samenwerkingsinspanningen van individuen belonen. Zo kan men in het kader van een vaccinatieprogramma, naar het voorbeeld van wat in het Verenigd Koninkrijk gebeurt, het koppel arts-verpleegkundige belonen met een bijkomend forfait wanneer ze een bepaalde drempel van vaccinale dekking van de bevolking bereiken. Men kan ze ook belonen voor de inspanningen die ze samen geleverd hebben om obesitas te bestrijden.
- De financiering van specifieke informaticaprogramma's voor samenwerking en informatie-uitwisseling tussen gezondheidswerkers vormt een andere interessante techniek om de samenwerking te stimuleren.

## NADENKEN OVER NIEUWE INDIVIDUELE INCENTIVES VOOR DE ZORGVERLENERS

De nieuwe functies vereisen nieuwe incentives voor de artsen, de verpleegkundigen en de apothekers.

Het lijkt ons ook onvermijdelijk om grondig te herbekijken hoe de artsen het best kunnen worden vergoed.

De nieuwe functies die we in het vorige hoofdstuk toegelicht hebben, vereisen het invoeren van nieuwe incentives voor de artsen, de verpleegkundigen en de apothekers. We moeten vandaag verder gaan in onze reflectie en nieuwe incentives uitvinden.

De Belgische artsen worden bijna allemaal op een puur retrospectieve manier vergoed via een betaling per prestatie. Als men wil evolveren naar de nieuwe functies zoals hierboven beschreven, lijkt het ons onontbeerlijk te beginnen nadenken over de ideale betalingswijze van de artsen om:

- Meer samen te werken met hun collega's
- De preventie en het beheer van chronische ziekten te stimuleren
- Meer informaticatoepassingen te gebruiken
- De dialoog met de patiënt te verbeteren en de vermenigvuldiging van medische handelingen te vermijden

*Er bestaan drie grote soorten vergoedingen: het loon, de capitatatie en de betaling per prestatie.*

- 1. Het loon - Een loontrekkende arts krijgt een vast bedrag dat onafhankelijk is van zijn activiteit. Het voordeel van het loon is dat het toelaat de uitgaven van het gezondheidssysteem gemakkelijk te controleren. Het nadeel is dat het de artsen niet speciaal aanzet tot dynamisme (het ontstaan van wachtrijen is daar een van de gevolgen van), dat het zou kunnen leiden tot een te lage productie en dat het de kwaliteit van de zorgen niet zou begunstigen.*
- 2. De capitatatie - In een betalingsstelsel per hoofd, brengt iedere patiënt, die bij de beroepsbeoefenaar ingeschreven is, een vast bedrag op (bijvoorbeeld per semester of per jaar) dat idealiter afhangt van de structuur van de pathologie van de patiënten. Het voordeel van dit betalingsstelsel is dat het aanzet tot de globale tenlasteneming van de patiënten: in die zin is het de ideale betalingswijze om preventiedoelstellingen na te streven. Het belang van het capitatatiestelsel is echter in zeer sterke mate afhankelijk van de juistheid van het bedrag dat voor ieder type patiënt toegekend wordt. Bij gebrek daaraan zet het stelsel de gezondheidswerkers er toe aan zich van de zwaarste patiënten te ontdoen. Bovendien beperkt deze betalingswijze de vrije keuze van de patiënten.*
- 3. De vergoeding per prestatie - Dit is de financieringswijze waarin iedere medische handeling afzonderlijk wordt gefinancierd. Dit laat de onafhankelijkheid en een evident dynamisme van de artsen toe. Deze betalingswijze is echter redelijk duur voor zover het de dienstverleners aanzet tot het vermenigvuldigen van de medische handelingen, eventueel zelfs meer dan wat de patiënten zouden gekozen hebben, als zij perfect op de hoogte zouden geweest zijn van hun gezondheidstoestand.*

*Er bestaat geen perfect systeem voor de verloning van de artsen.*

Er bestaat geen ideaal vergoedingsstelsel voor de artsen, behalve als men zou verzuken aan één van de doelstellingen die over het algemeen opgelegd wordt aan de gezondheidssystemen (kwaliteit, kostenbeheersing, efficiëntie, toegankelijkheid,...). De gemengde betalingsstelsels zijn ook niet perfect. Ze zwakken inderdaad zowel de sterkten als de zwakten van de enkelvoudige betalingsstelsels af. Ze hebben echter het voordeel dat ze een beter evenwicht vinden tussen de verschillende doelstellingen door niet bovenmatig te focussen op een van de missies van het gezondheidssysteem ten koste van de andere.

Het hybride systeem van een betaling per patiënt per periode ("capitation") / betaling per prestatie zou bijzonder goed geschikt kunnen zijn voor de Belgische context.

De eerste stappen in deze richting zijn gezet met het globaal medisch dossier en met het forfait verbonden aan het gebruik van een informaticaoplossing.

Het financieringssysteem dat het vaakst beschouwd wordt als het systeem dat het best toelaat de risico's tussen de zorgverleners (die al de risico's dragen in het geval van betaling per hoofd) en de verzekeringsinstellingen (die op hun beurt alle risico's dragen in het geval van betaling per handeling) te verdelen, is het gemengd systeem capitatatie/betaling per prestatie<sup>35</sup>. Dit betalingsstelsel zou uitermate geschikt kunnen zijn voor het Belgisch gezondheidssysteem. Inderdaad, een betalingsstelsel dat de medische handeling koppelt aan een gedeeltelijke capitatatie zal toelaten het dynamisme van de actoren te waarborgen terwijl het de artsen zal aanzetten in de toekomst nieuwe rollen op te nemen (preventie, de patiënt doorheen het zorgstelsel gidsen, de medische dossiers delen, samenwerken met zijn collega's,...)<sup>36</sup>.

In het betalingsstelsel per prestatie zal de arts namelijk geneigd zijn een korte termijn visie aan te nemen, terwijl het capitatiesysteem zal toelaten de lange termijn, de preventie of het beheer van de chronische ziekten te benadrukken. De eerste stappen in die richting werden al gezet met het globaal medisch dossier of met het forfait dat verbonden is aan het gebruik van een informaticaoplossing. We moeten echter verder gaan door de oplossingen die men in het buitenland, in landen zoals Denemarken of het Verenigd Koninkrijk, ingevoerd heeft te onderzoeken.

Deze redenering is van toepassing op de artsen, maar geldt ook voor de verpleegkundigen en de apothekers: naast de betaling per prestatie zou men hen een vergoeding moeten geven voor de nieuwe functies die men van hen in het systeem verwacht en die men wenst aan te moedigen.

35 McGuire T. (2000) "Physician Agency" Handbook of Health Economics, volume 1, chapter 9, Culyer et Newhouse (eds.), Elsevier Science, 461-536

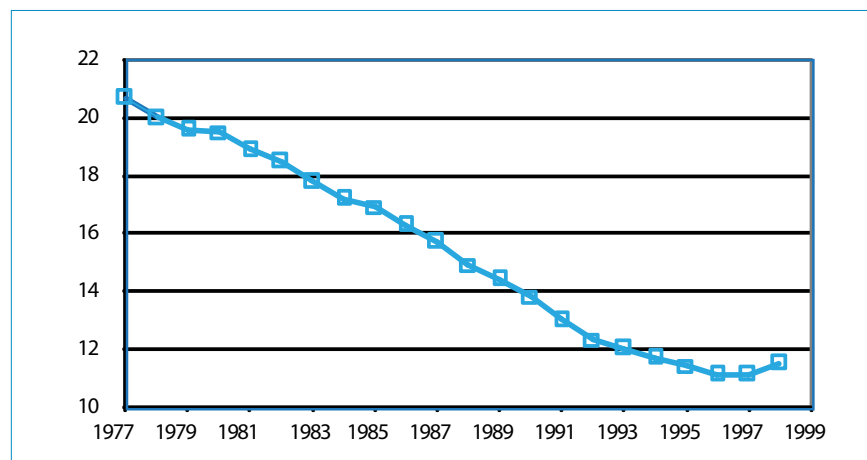
36 Voor een meer gedetailleerde uitleg over deze rol, zie hoofdstuk 3 van dit rapport.

## NIEUWE INCENTIVES OM DE ZIEKENHUIZEN TE RESPONSABILISEREN

De toekomstgerichte financieringsmethode heeft geleid tot een merkelijke daling van de verblijfsduur in het ziekenhuis. Enerzijds hebben de ziekenhuizen er nu belang bij om het ziekenhuisverblijf van de patiënten op te delen. Anderzijds zien we sinds de hervorming ook een merkelijke stijging van het aantal medische behandelingen.

De prospectieve financieringswijze van de gemeenschappelijke en klinische diensten heeft, sinds het einde van de jaren zeventig, aanleiding gegeven tot een aanzienlijke verkorting van de verblijfsduur (zie figuur 1). Een zeer recente studie<sup>37</sup> heeft echter bepaalde grenzen van het systeem in zijn huidige vorm aan het licht gebracht, namelijk door de manier aan te tonen waarop de ziekenhuizen hun winstderving konden compenseren. Enerzijds hebben de ziekenhuizen er belang bij de verblijven van de patiënten op te splitsen (verschillende korte opnames zijn voordeliger dan een lange opname), wat ongetwijfeld verklaart waarom er, net na de hervorming, een explosieve toename was van het aantal opnames van een dag<sup>38</sup>. Anderzijds ging de hervorming ook gepaard met een opmerkelijke verhoging van het aantal medische behandelingen. De ziekenhuizen compenseren ongetwijfeld de opgelopen verliezen op de verblijfsduur door een vermenigvuldiging van de medische handelingen, gezien deze nog steeds op retrospectieve wijze gefinancierd worden.

GEMIDDELDE VERBLIJFSDUUR IN BELGIË - ZIEKENHUISOPNAME EN ACUTE ZORGEN



BRON: OECD Eco-SANTÉ 2007

37 Perelman J. et M.-C. Closon (2007) "Hospital response to prospective in-patient days: the Belgian case" Health Policy, 84: 200-209.

38 Door gebrek aan informatie kon het aantal heropnames niet bestudeerd worden.

De binnen het ziekenhuis uitgevoerde medische behandelingen worden - net als de ambulante - per prestatie vergoed. De kosten van de gemeenschappelijke diensten (hoteldiensten, onderhoud, administratie, ...) en van de klinische diensten (verzorgend personeel, medische producten, ...) werden tot in de jaren negentig gefinancierd op een retrospectieve basis door middel van een bedrag dat men kreeg per dag ziekenhuisopname. Een dergelijk systeem zette er de ziekenhuizen toe aan de verblijfsduur te verlengen. Sinds 1982 heeft men gaandeweg een prospectief financieringssysteem ingevoerd. In haar laatste versie, is de financiering van de gemeenschappelijke en klinische diensten gelijktijdig gebaseerd op de behoeften en op de relatieve prestaties van de ziekenhuizen. De behoeften worden geschat door middel van de verschillende types patiënten die behandeld worden, waarbij iedere patiënt in functie van zijn eigenschappen (leeftijd, ernst van de ziekte, sociale criteria...) wordt ingedeeld in een vanuit medisch standpunt homogene groep. Er wordt rekening gehouden met de structuur van de opnames om het ziekenhuis per patiënt en op prospectieve wijze een aantal zogenaamde "gerechtvaardigde" dagen toe te kennen. 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.

Deze financieringswijze, die coherent is in een systeem dat de financiële verantwoordelijkheid van de actoren voorstaat, heeft ook zijn nadelen. Ten eerste zet deze financiering de ziekenhuizen (in sterke mate boven het aantal gerechtvaardigde dagen, in mindere mate daaronder)aan de verblijfsduur te verkorten, wat schadelijk kan zijn voor de gezondheid van de patiënten. Vervolgens, gezien er op prospectieve wijze een bedrag wordt toegekend per groep patiënten, is het absoluut noodzakelijk dat dit bedrag zo getrouw mogelijk de kosten, die aan elk van deze groepen verbonden zijn, weergeeft. Als dit niet het geval is, selecteren de ziekenhuizen de patiënten en weerhouden ze slechts deze die rendabel zijn (terwijl ze de anderen weigeren). Een prospectieve financieringswijze moet dus gebaseerd zijn op een perfecte identificatie van de risicofactoren, want anders geeft ze aanleiding tot een selectie van de patiënten door de ziekenhuizen. Dezelfde redenering geldt voor iedere prospectieve financiering die gebaseerd is op een schatting van de uitgaven per groep patiënten.

Er moet een wijziging van de ziekenhuisfinanciering worden uitgewerkt om te vermijden dat ziekenhuizen patiënten gaan selecteren en om te vermijden dat de ziekenhuizen hun verliezen gaan trachten goed te maken door veel korte verblijven.

Men moet ook nieuwe incentives in het leven roepen om de ziekenhuizen aan te sporen tot het bevorderen van kwaliteit, samenwerking en de keuze van de meest aangewezen alternatieven.

Het lijkt ons belangrijk dat de financiële responsabilisering van de ziekenkassen wordt verdergezet, door toekomstgerichte financieringscriteria te verfijnen en toe te passen.

De hervorming die men doorgevoerd heeft om de vermenigvuldiging van de opnamedagen te vermijden, betekent zeker een stap in de goede richting. Er resten echter nog problemen en men moet een betere indeling van de ziekenhuisfinanciering voorstellen. Enerzijds om te vermijden dat deze hun patiënten gaan selecteren. Dit moet noodzakelijkerwijs verlopen via een fijnere evaluatie van de risicofactoren die aan iedere patiënt verbonden zijn. Anderzijds om te vermijden dat de ziekenhuizen hun verliezen gaan compenseren door een groter aantal korte verblijven (die voordeliger zijn) en/of de vermenigvuldiging van de medische behandelingen.

Er moeten ook nieuwe incentives bedacht worden om de ziekenhuizen aan te sporen de kwaliteit, de samenwerking en de keuze van de meest adequate alternatieven te bevorderen. Vandaag is de financiering enkel gericht op de activiteit van het ziekenhuis en houdt ze geen rekening met de keuze van de meest adequate alternatieven voor de maatschappij. In die zin biedt Frankrijk ons een interessant voorbeeld: de ziekenhuizen doen daar een beroep op externe verenigingen om de volledige opvolging en coördinatie van de zorgen op te nemen wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat. Het gaat over een brug tussen de ziekenhuiszorgen en de eerstelijnszorgverleners die zeer duidelijk, en op zeer professionele wijze georganiseerd en gestructureerd is (callcenter, sterk ontwikkelde informaticamiddelen, contactpersonen om de coördinatie te verzorgen).

## NIEUWE INCENTIVES VOOR DE ZIEKENFONDSEN

- **Het lijkt ons belangrijk verder te gaan met de financiële responsabilisering van de ziekenfondsen door de prospectieve financieringscriteria te verfijnen en toe te passen.** In vergelijking met de andere landen die gekozen hebben voor een gelijkaardig financieringssysteem, is de berekening die in België gemaakt wordt al relatief verfijnd gezien een groot aantal risicofactoren erin geïntegreerd zijn: de leeftijd, het geslacht, de inkomsten, het sociaal statuut, het feit of men kan genieten van het preferentieel regime, het feit chronisch ziek te zijn, het feit in verstedelijkt gebied te wonen, ...enz. Deze normatieve sleutel moet toegepast en verfijnd worden om iedere poging tot risicoselectie, zoals deze door de literatuur aangetoond wordt<sup>39</sup>, te vermijden. Deze selectie wordt mogelijk gemaakt gezien de leden die willen intekenen op een aanvullende verzekering bij een ziekenfonds, wettelijk verplicht zijn bij deze aangesloten te zijn in het

<sup>39</sup> Van de Ven et al. (2007) "Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 years later" Health Policy, 84: 200-209.



kader van de verplichte ziekteverzekering. Men moet iedere verleiding om contracten voor aanvullende verzekeringen aan te bieden in relatie tot het type patiënt vermijden: dit is uitzonderlijk voordelig/nadelig voor de gewenste/ongewenste patiënten om hun aan te moedigen/te ontmoedigen om zich aan te sluiten.<sup>40</sup>

*Tot in de jaren negentig bestond de financiering van de ziekenfondsen eenvoudigweg uit de terugbetaling van de medische kosten van hun leden. Om hen aan te zetten de kosten verbonden aan de gezondheidszorgen te beheersen, werd het principe van de financiële responsabilisering ingevoerd om zo tot een gemengde, prospectieve/retrospectieve betaling te komen. Sinds 1995, krijgt ieder ziekenfonds a priori een theoretisch bedrag dat moet overeenkomen 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 toegekend 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.*

Men moet hen daarom de financiële instrumenten ter beschikking stellen waardoor ze de kosten echt kunnen beïnvloeden.

- **Als men wil dat de ziekenfondsen financieel onafhankelijk worden, dan lijkt het ons belangrijk hen te voorzien van de financiële instrumenten die hen werkelijk toelaten een invloed op de kosten uit te oefenen.** Vandaag hebben de ziekenfondsen slechts weinig greep op de uitgaven van hun leden. Het is vooral als deelnemers aan de collectieve onderhandelingen binnen het RIZIV en omdat de terugbetaling van bepaalde behandelingen onderworpen is aan het akkoord van hun adviserende geneesheer dat de ziekenfondsen hun totale uitgave kunnen verminderen. Maar dat is te weinig voor een actor die voortaan verantwoordelijk is - zelfs al is dit slechts marginaal - voor zijn tekort. Een van de middelen die men in bepaalde landen (zoals in Nederland), die voor dit type financiering van de verzekeringsinstellingen gekozen hebben, bestaat erin dat ze met bepaalde dienstverleners selectieve akkoorden kunnen sluiten.

<sup>40</sup> Schokkaert E. and C. Van de Voorde (2003) "Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system" Health Policy, 65: 5-19.

En tenslotte moet men nadenken over nieuwe incentives waardoor de ziekenkassen en de private verzekeringen een bredere rol gaan spelen dan een louter administratieve.

- Tenslotte lijkt het ons belangrijk nieuwe incentives te ontwikkelen om de rol van de ziekenfondsen en van de privéverzekeringsmaatschappijen uit te breiden naar een rol die verder gaat dan het louter administratieve. Als we naar de interessante voorbeelden uit het buitenland kijken, ontbreekt hier de essentiële rol: de patiënten informeren, de preventie en het beheer van de zieken.

*Het systeem van de HMO's, dat al sinds vele jaren is ingevoerd in de Verenigde Staten, zet de betalingsinstellingen er toe aan om zich van dichtbij bezig te houden met de goede gezondheid van hun leden. Zo zijn de preventieacties en ook een echt beheer van de meest belangrijke ziekten prioritair om zo de kosten te verminderen en de kwaliteit en de efficiëntie van de behandelingen te verbeteren. De behaalde resultaten zijn erg veelbetekenend.*

*Binnen deze structuren beheerst de verzekeraar werkelijk zijn kosten omdat hij de artsen kan aanzetten tot minder dure praktijken zoals het volgen van referentiepraktijken voor hun rol van verwijzende arts te geven. Overigens kunnen de HMO's de artsen die te veel voorschrijven identificeren en niet meer met hen samenwerken. Studies hebben aangetoond dat de zorgen die men krijgt in het kader van de HMO's beduidend meer kostefficiënt waren dan deze die gedekt werden door de klassieke verzekeringsmaatschappijen<sup>41</sup>. Andere studies hebben grote en veelzeggende verschillen (van 11% tot 34%) in totaalkosten aangetoond in het voordeel van de HMO's wat tezelfdertijd voortvloeit uit een prijseffect (de HMO's krijgen interessantere prijzen van de zorgverleners) als uit een "zorgproces-effect" (lager percentage ziekenhuisopnames, verkorting van de verblijfsduur, omwisseling huisarts/specialist,...). Bijgevolg, en zonder te beweren dat het wenselijk is dat men dit model bij ons zou invoeren, lijkt het ons interessant om het te onderzoeken en om er de meest interessante concepten uit te filteren.*

<sup>41</sup> Demange G. en P.-Y. Geoffard (2002) "Quelles formes de concurrence en assurance santé?" Risques, 49: 47-53.

## NIEUWE INCENTIVES OM DE PATIËNTEN TE RESPONSABILISEREN VOOR DE KOSTEN VAN DE ZORGEN

Het is essentieel dat de patiënt weet en begrijpt wat de kost is en wat de waarde is van zijn verbruik aan gezondheidsdiensten.

Met het remgeld moet in ieder geval voorzichtig worden omgesprongen. Het moet een instrument zijn dat samen met andere instrumenten wordt gebruikt.

Het is van essentieel belang dat de patiënten de reële kost en waarde van de gezondheidszorgen die ze genieten, begrijpen en kennen. Gedurende lange tijd werden enkel de remgelden als een efficiënt element beschouwd om de zorgvraag te reguleren. Gezien de relatie tussen patiënten en artsen echter gekenmerkt wordt door een onevenwicht in de informatie in het voordeel van de artsen, moet men, alvorens de remgelden te gebruiken als regulatie-instrument voor de uitgaven, zo strikt mogelijk bepalen wie van beiden, de arts of de patiënt, beslist over het niveau van de zorgen<sup>42</sup>. Ook al bestaat er een consensus over het feit dat een financiële bijdrage van de patiënten wenselijk is, toch blijft het van primordiaal belang de remgelden met voorzichtigheid te gebruiken want, tegenover de (redelijk beperkte) daling van de vraag die de remgelden teweegbrengen, staat dat de verhoging ervan gepaard gaat met een beperking van de dekking van de patiënten. Bovendien hebben studies aangetoond dat de remgelden, als ze uniform toegepast worden, niet het onderscheid maken tussen efficiënte en inefficiënte zorgen<sup>43,44</sup>. Men zou de remgelden dus moeten aanpassen aan de efficiëntie van de behandelingen. Eigenlijk moeten de remgelden in combinatie met andere maatregelen gebruikt worden.

Hieronder halen we enkele instrumenten aan die in andere landen ontwikkeld en toegepast zijn:

- Het informeren van de patiënt over de kosten en de kwaliteit om hem aan te moedigen om weloverwogen beslissingen te nemen bij de keuze van de zorgen.
- De betaling van een hogere prijs als men onmiddellijk een beroep doet op een specialist, zonder eerst langs te gaan bij de behandelende arts. Sinds 2005 verplicht deze nieuwe maatregel elke Fransman een huisarts te kiezen. Mits het betalen van een supplement, kan hij wel nog steeds onmiddellijk terecht bij een specialist.
- Het aan de verzekerden toekennen van een spaarrekening waaruit ze kunnen putten om hun gezondheidskosten te betalen. Deze spaarrekening wordt gematerialiseerd door een saldo dat de verzekerden beter de teweeggebrachte kosten doet begrijpen.

42 Dit probleem wordt verder meer gedetailleerd behandeld in het deel over de financiële responsabilisering van de artsen.

43 Rubin, R. J. and D. N. Mendelson (1995) "Cost sharing in health insurance" *New England Journal of Medicine*, 333(11): 733-4.

44 Lexchin, J. and P. Grootendorst (2004) "Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence" *International Journal of Health Services* 34(1): 101-22.



## VOORSTEL

### **Nieuwe incentives uitdokteren**

De nomenclatuur voor de terugbetaling van medische prestaties zoals ze vandaag bestaat, is niet bevorderlijk voor de samenwerking tussen de spelers, noch voor de visie op middellange of lange termijn, noch voor een globale aanpak van de ziekte. Iedereen handelt individueel, met enkel de korte termijn voor ogen en zonder algemene aanpak van de ziekte. Bovendien zijn er grote verschillen in de vergoeding van de verschillende medische disciplines, zonder dat dit echt gerechtvaardigd is.

**Quick win: de nomenclatuur zo herzien dat ze de nieuwe dimensies weerspiegelt die onmisbaar zullen zijn in de toekomst**



05

MEER REKENING HOUDEN  
MET DE EFFICIËNTIE BIJ HET  
STELLEN VAN PRIORITEITEN



Werken rond het optimaal inzetten van de middelen in het geheel van gezondheidsprogramma's lijkt ons prioritair. Dit is het efficiëntieprincipe dat eruit bestaat de medische programma's te kiezen die het meest winsten opleveren in verhouding tot hun kosten.

Er bestaan zowel in Europa als in de rest van de wereld technieken en ervaringen. We kunnen ze gebruiken zonder het wiel opnieuw uit te vinden. Er worden in België eveneens zeer interessante studies verricht, in het bijzonder door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Deze zouden vaker moeten benut worden om ze om te zetten in concrete beslissingen.

Het gebruik van al deze analyses moet toelaten de prioriteiten duidelijker te bepalen en de gemaakte keuzes op een objectieve manier te expliciteren.





## BESTAANDE METHODOLOGIEËN GEBRUIKEN OM RICHTING TE GEVEN AAN DE KEUZES

De overheid moet twee belangrijke soorten beslissingen nemen:

1. bepalen hoeveel gemeenschapsgeld er moet worden gebruikt voor de gezondheidszorg ;
2. bepalen hoe deze middelen optimaal aan de verschillende gezondheidsprogramma's moeten worden toegewezen.

Efficiëntie op het vlak van de gezondheidszorg houdt in dat men die medische programma's kiest met de beste kosten-baten verhouding.

De overheid wordt geconfronteerd met twee soorten belangrijke beslissingen in verband met het toekennen van de middelen die zullen toelaten de gezondheidsprogramma's te ontwikkelen. Enerzijds moet ze de openbare middelen die ze aan het globale gezondheidssysteem wenst toe te kennen bepalen, waarbij rekening moet gehouden worden met het feit dat deze middelen gefinancierd worden door de fiscaliteit en dat deze openbare middelen op veel verschillende manieren kunnen aangewend worden: de gezondheid moet immers concurreren met andere sectoren zoals onderwijs, justitie, milieu,...enz. Anderzijds, eens de middelen die toebedeeld worden aan de gezondheidszorgen vastgelegd zijn, moet de overheid het optimale gebruik van deze middelen in het geheel van gezondheidsprogramma's bepalen.

Zo zijn er, bijvoorbeeld, verschillende behandelingen voor nierinsufficiëntie voorhanden. Moet men bij een dergelijke diagnose de transplantaties of de dialyses promoten? De efficiëntieproblemen in verband met de gezondheid hebben namelijk betrekking op de keuze die moet gemaakt worden tussen verschillende alternatieven en dit binnen een context van beperkte middelen<sup>45</sup>.

Eenvoudig uitgedrukt, bestaat efficiëntie op het gebied van gezondheid er dus uit de medische programma's te selecteren die de meeste winsten opleveren in verhouding tot hun kosten. We kunnen het soort beslissing dat op het spel staat illustreren aan de hand van het voorbeeld van de opsporing van baarmoederkanker met een uitstrijkje. Als men dit om de drie jaar uitvoert, wordt 90% van de kankers opgespoord. Als men het om de twee jaar uitvoert, laat het uitstrijkje toe 2% meer kankers te ontdekken, maar dit mits het met drie vermenigvuldigen van de kosten. Intuïtief kan men stellen dat het verkieslijk is het uitstrijkje om de drie jaar uit te voeren en het uitgespaarde geld efficiënter te gebruiken door andere opsporingen of behandelingen te financieren. Dit intuïtieve voorbeeld laat ons toe na te denken over de criteria die gebruikt worden om dergelijke keuzes te maken. Om op dit soort vragen te antwoorden, werden rigoureuze evaluatietechnieken van de gezondheidsprogramma's ontwikkeld.

<sup>45</sup> Het begrip efficiëntie is inderdaad veelzijdig. De technische efficiëntie refereert bijvoorbeeld aan de afwezigheid van verspilling van de toegekende middelen. Bij de zogenaamde allocatieve efficiëntie gaat het over de verdeling van de middelen tussen de verschillende diensten binnen een ziekenhuis of, op een meer globaal niveau, tussen de verschillende dienstsectoren. Het is dit laatste thema dat we in dit deel zullen behandelen.

Er bestaan twee methodes om de efficiëntie te meten: de analyse van de kosten en van het nut, enerzijds, en de analyse van de kosten en opbrengsten, anderzijds.

Bij een kosten-nut analyse worden de programma's geëvalueerd in functie van hun kosten en van hun bijdrage tot een betere gezondheid. De QALYs-maatstaf is de meest verspreide. Eén QALY staat gelijk met één levensjaar in goede gezondheid.

Met de kosten-nut analyse kan men heel diverse medische programma's met elkaar vergelijken. Men kan er echter niet mee afwegen of het in absolute termen zin heeft om een medische ingreep uit te voeren.

*De kosten-nut en de kosten-winst analyses komen frequent voor in de tijdschriften voor gezondheidseconomie. Er bestaan twee grote evaluatiemethodes: de kosten-nut analyse en de kosten-winst analyse.*

*Het is belangrijk de voor- en nadelen van beide methodes goed te begrijpen<sup>46</sup>. De kosten-nut analyse vormt een hulp bij de toekenningsbeslissing tussen verschillende alternatieve toepassingen van een beperkt budget voor gezondheidszorgen. In het kader van een kosten-nut analyse worden de programma's geëvalueerd op basis van hun kosten en hun bijdrage in termen van gezondheid. Het meten van de kosten is relatief eenvoudig en wordt uitgedrukt in geld. De winsten kunnen op verschillende manieren gemeten worden. We weerhouden de QALY<sup>47</sup> meeteenheid die het meest verspreid is. Een QALY is een levensjaar in goede gezondheid. Deze meeteenheid is gebaseerd op het feit dat een levensjaar meer waarde heeft wanneer het in een eerder goede dan slechte gezondheid geleefd wordt. We kunnen dit illustreren aan de hand van een voorbeeld. Stel dat, als gevolg van een hartfalen, een transplantatie toelaat een man van 40 jaar toelaat in leven te houden. Laten we bovendien aannemen dat, ondanks deze ingreep, de levenskwaliteit van deze man als gevolg van dit falen achteruitgegaan is en zich op 0,8 situeert op een schaal gaande van 0 tot 1 (waarbij 0 overeenkomt met de dood en 1 met een perfecte gezondheidstoestand, hetzij de gezondheidstoestand van dit individu voor het hartfalen). Gezien er statistisch gezien 37 levensjaren resten voor een Belgische man van 40 jaar, heeft de harttransplantatie die het leven van deze man gered heeft, hem toegelaten 37 levensjaren in de absolute zin en 29,6 levensjaren in perfecte gezondheid (=37\*0.8) te winnen. De winst van de transplantatie is dus 29,6 QALYs. Als de harttransplantatie aan deze persoon had toegelaten opnieuw perfect gezond te worden, dan zou de winst van de ingreep 37 QALYs bedragen hebben. Door aan iedere medische handeling een aantal QALYs te koppelen, kunnen we een kosten-nut ratio bepalen voor iedere interventie. Vermits de kosten-nut analyse een raming maakt van de winst van iedere interventie in levensjaren die men in goede gezondheid doorbrengt, laat deze analyse toe heterogene medische programma's te vergelijken en dus op een efficiënte manier gebruik te maken van het budget voor gezondheidszorgen. Ze laat echter niet toe de middelen te bepalen die men aan de gezondheidszorgen zou moeten toekennen aangezien ze niet toelaat te bepalen of een medische interventie in absolute termen de moeite loont uitgevoerd te worden.*

<sup>46</sup> Voor een meer volledige uitleg van deze verschillende methodes verwijzen we de lezer naar het werk van Zweifel en Breyer « Health Economics », 1997, Oxford University Press, 382 pages.

<sup>47</sup> Quality Adjusted Life Years

De kosten-opbrengsten analyse vertaalt alle kosten en opbrengsten van een gezondheidsprogramma in euro. De opbrengsten die in monetaire eenheden worden uitgedrukt omvatten de financiële baten, maar tevens de ontastbare voordelen van de behandelingen (een betere levenskwaliteit, een langere levensduur,...).

Om op deze laatste vraag te antwoorden en om zo te bepalen welk totaal bedrag aan middelen men zou moeten toekennen aan de gezondheidszorgen, moet men de kosten en de winsten van een interventie in dezelfde meeteenheid uitdrukken. Dat is wat kosten-winst analyses doen: ze zetten de kosten en de winsten van een gezondheidsprogramma om in €. We moeten hierbij opmerken dat de winsten uitgedrukt in geld niet enkel de financiële winsten zijn. Er zijn technieken die ook toelaten het equivalent in geld te bepalen van immateriële winsten die aan de behandelingen verbonden zijn (betere levenskwaliteit, verlenging van de levensduur,...). Dit soort analyse beperkt de winst van de behandeling niet tot het financieel aspect, maar verruimt de winst tot het geheel aan aspecten behorend tot het welzijn van het individu. We kunnen dan stellen dat een behandeling die meer winsten dan kosten voortbrengt, het welzijn van de collectiviteit verhoogt en dus uitgevoerd moet worden. De enveloppe die aan de gezondheidszorgen moet toegekend worden is dan samengesteld uit de som van de kosten van alle programma's die kostengunstig zijn.

De overheid van de staat Oregon besliste om alle medische ingrepen te rangschikken volgens hun prioriteit.

In 1994 werd er uiteindelijk een lijst opgesteld van 745 goederen en diensten, gerangschikt volgens hun prioriteit.

## VOORDEEL HALEN UIT INTERNATIONALE STUDIES EN EXPERIMENTEN

- Het experiment van Oregon

Op het einde van de jaren tachtig besloten de overheden van de staat Oregon het aantal personen dat kon genieten van het Medicaid programma (ziekteverzekeringsprogramma bestemd voor de armste mensen gefinancierd door de Federale Staat en de Staten en door deze laatste beheerd) te verhogen. Deze beslissing volgde op de progressieve daling van het aantal begunstigden veroorzaakt door de toename van de uitgaven. Ze dwong de verantwoordelijke overheden er dus toe de diensten voor welke de begunstigden volledig zouden gedekt zijn te herdefiniëren. Er stelde zich dus het probleem welke diensten in de korf moesten opgenomen worden en welke niet en de overheden van de Staat maakten van de gelegenheid gebruik om een procedure uit te werken om expliciet de prioriteiten op het gebied van de gezondheid te bepalen. Er werd een commissie belast met het rangschikken van medische interventies volgens hun prioriteitsgraad. Dit klassement kwam niet zonder problemen tot stand. Tenslotte, in 1994, werd een lijst van 745 producten en diensten, geklasseerd volgens prioriteit op-

gesteld (daarvan werden tenslotte 606 weerhouden voor terugbetaling). Dit klassemment werd (zonder in de details te treden van de procedure voor het bepalen van de prioriteiten<sup>48</sup>) opgesteld op basis van kosten-nut analyses waaraan de burgers via bevragingen door middel van enquêtes deelgenomen hebben om te bepalen welke elementen noodzakelijk zijn bij het uitwerken van dergelijke analyses (waarde die de maatschappij hecht aan de levensduur, aan de levenskwaliteit, aan de kosten, aan de preventie eerder dan aan het curatieve,...). De overheden van de staat Oregon hebben er zich echter niet toe beperkt de resultaten van deze analyses strikt toe te passen. De volgorde van de prioriteiten vastgelegd door deze analyses werd namelijk dikwijls gewijzigd en de lijst werd herwerkt om rekening te houden met bepaalde waarden die de gemeenschap benadrukt had. Uiteindelijk is dit experiment de best geslaagde poging om de overheidskeuzes op gebied van gezondheid te expliciteren. Ze illustreert ook de winst die gekoppeld is aan het gebruik van kosten-nut analyses in het opstellen van prioritair acties in verband met gezondheid. De economische berekening laat inderdaad toe een duidelijker zicht te hebben op de kosten en de voordelen die aan iedere actie verbonden zijn. Doordat het toelaat een voorkeursvolgorde tussen deze verschillende acties op te stellen, vormt dit bijgevolg een belangrijke hulp voor de politieke beslissing.

Dit is het meest doorgedreven voorbeeld van een overheid die haar keuzes expliciet duidelijk heeft gemaakt. Ook andere landen hebben duidelijk bepaald waar hun prioriteiten op het vlak van de gezondheid liggen.

- Het experiment van de Europese landen

Zonder even ver te gaan als de staat Oregon, hebben ook andere landen hun prioriteiten op gezondheidsgebied duidelijk gedefinieerd<sup>49</sup>. In Nederland moeten de interventies, waarvoor de patiënten recht op terugbetaling hebben, aan verschillende voorwaarden voldoen: de zorgen moeten noodzakelijk zijn voor de gezondheid, hun efficiëntie moet worden aangetoond, er wordt voorrang verleend aan zorgen die een gunstiger kosten-nut verhouding hebben, de behandelingen worden aan alle patiënten gegeven, onafhankelijk van hun leeftijd of hun levensstijl, ... Naar het voorbeeld van de staat Oregon werd gedurende meerdere jaren klasseerwerk verricht. In Italië werd een lijst van terugbetaalbare geneesmiddelen opgesteld volgens bepaalde principes zoals de bewezen efficiëntie van de geneesmiddelen of de beperkte toevlucht tot de

48 Voor een volledige beschrijving van de procedure, zie: Léonard « Prioriteiten en keuzes in de gezondheidszorg », Themadossiers van de Christelijke Mutualiteiten, Oktober 2000

49 Voor een beschrijving van het opstellen van prioriteiten op gezondheidsgebied in verschillende landen, zie: Léonard « Prioriteiten en keuzes in de gezondheidszorg », Themadossiers van de Christelijke Mutualiteiten, Oktober 2000

remgelden die als weinig efficiënt ervaren worden. In Duitsland heeft een adviesraad, die in 1994 door het Ministerie van Gezondheid belast werd met het voorstellen van de toekomstige ontwikkelingen van de gezondheidssystemen, aanbevolen medische interventies, die zouden kunnen vermeden worden mochten de mensen een als gezond beschouwde houding aannemen, te verwijderen uit de korf van terugbetaalde zorgen. In Spanje werden algemene criteria voor opname of uitsluiting bepaald door het refereren aan de vergelijking tussen de kosten en de voordelen van de verschillende behandelingen. Hetzelfde geldt voor Noorwegen waar de medische diensten in vier categorieën, naargelang hun prioriteitsniveau, geklasseerd werden.

## DE BESTAANDE STUDIES BETER GEBRUIKEN OM DE PRIORITEITEN TE BEPALEN

In België zijn er belangrijke stappen gezet. Er zijn interessante, recente studies beschikbaar in België maar er zou beter van gebruik moeten worden gemaakt.  
Eerste voorbeeld: farmaco-economische evaluaties;  
Tweede voorbeeld: orthodontische behandelingen;  
Derde voorbeeld: stents.

In België werden er belangrijke stappen gezet. Eén daarvan is ongetwijfeld de oprichting in 2002 van het « Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg », een onafhankelijke instelling belast met het helpen van de overheden, verantwoordelijk voor gezondheid, bij het nemen van beslissingen die gebaseerd zijn op grondige analyses (bijvoorbeeld kosten-baten analyses). Vervolgens is er het beleid dat men sinds enkele jaren voert om de vervanging van merkgeneesmiddelen door generieke geneesmiddelen te bevorderen (die in vergelijking met andere landen nauwelijks aanwezig zijn op de Belgische markt) en dat ook in de richting van het promoten van de minst dure behandelingen, met dezelfde kwaliteit, gaat. Tenslotte is er een recent plan dat een bepaalde pathologie als doel heeft, namelijk het kankerplan dat in maart 2008 aangekondigd werd en waar een enveloppe van 380 miljoen euro voorzien is om deze ziekte te bestrijden. Dit plan onderscheidt zich van de traditionele benadering die erin bestaat globale budgetten toe te kennen aan de verschillende zorgsectoren (algemene geneeskunde, gespecialiseerde geneeskunde, ziekenhuizen,...). Daar zijn we dus getuige van een duidelijke bepaling van een prioriteit op gezondheidsgebied.

Er zijn in België recente en interessante studies voorhanden, maar men zou het gebruik ervan moeten versterken.

### VOORBEELD 1. DE FARMACO-ECONOMISCHE EVALUATIES

De Belgische overheden, bevoegd voor gezondheid, evalueren wel de interventies in functie van hun kosten en van de voordelen die ze teweegbrengen. Dit is namelijk het geval voor de geneesmiddelen die, om in aanmerking te komen voor terugbetaling, moeten beoordeeld worden door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van het RIZIV op basis van meerdere criteria zoals hun therapeutische meerwaarde, hun prijs, hun budgettaire impact, ... Een recente studie die samen verricht werd door het RIZIV en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg<sup>50</sup> beklemtoont echter het gebrek aan transparantie van dit proces. Het is inderdaad aan de farmaceutische firma om aan te tonen dat het geneesmiddel, waarvoor een aanvraag tot terugbetaling is ingediend, een betere kosten-nut verhouding vertoont dan deze van geneesmiddelen die al op de markt aanwezig zijn. Maar omdat economische evaluaties op verschillende manieren kunnen uitgevoerd worden en omdat er geen precies afgebakende criteria bestaan die door de fabrikant moeten aangetoond worden, kan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen niet echt vergelijkbare zaken vergelijken. Vandaar dat het RIZIV en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een geheel van aanbevelingen geformuleerd hebben over de methodologie en over het voorstellen van de resultaten door de farmaceutische firma's.

### VOORBEELD 2. DE ORTHODONTISCHE BEHANDELINGEN

Een studie<sup>51</sup> toont aan dat in België vier jongeren op tien een beugel dragen en dit terwijl de risico's verbonden aan de orthodontie in de meeste gevallen beperkt zijn. Voor wat de terugbetaling betreft, maakt de gezondheidsverzekering geen onderscheid tussen het medisch noodzakelijk plaatsen van een beugel en voor het plaatsen van een beugel om esthetische redenen. Zonder hier te beweren of men al dan niet dit type behandeling moet vergoeden (die in bepaalde gevallen heel belangrijk kan zijn voor een patiënt), lijkt het ons belangrijk dat de overheid zich hierover uitsprekt en, meer algemeen gezien, een duidelijker rangorde van prioriteiten tussen de verschillende gezondheidsprogramma's bepaalt.

---

50 Cleemput I. et al. (2008) "Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België" KCE Report 78B

51 Carels C. et al. (2008) "Orthodontie bij kinderen en adolescenten" KCE Report 77B

### VOORBEELD 3. DE STENTS

Voor de behandeling van vernauwingen van de kransslagaders zijn er sinds enkele jaren buiten de klassieke metalen stents ook speciale stents beschikbaar die een geneesmiddel bevatten: de « drug eluting stents ». Het geneesmiddel zou moeten verhinderen dat er terug een adervernauwing optreedt. Hoe efficiënt is deze nieuwe techniek? Heeft hij een goede verhouding kosten-efficiëntie? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de Universiteit Antwerpen beantwoorden deze vragen. Uit hun rapport blijkt dat deze nieuwe stents het risico op overlijden of op een hartinfarct niet verlagen. Er is iets minder kans op een nieuwe vernauwing, maar dit slechts voor een beperkt aantal patiënten. Ze kosten wel meer dan het dubbele van de klassieke stents.

Het KCE onderzocht of de meerprijs voor deze “Drug eluting stents” opweegt tegen de kleine gezondheidswinst. Als iedereen een drug-eluting stent zou krijgen en deze zou worden terugbetaald, dan zou dit een jaarlijkse meerkost betekenen van minstens 12 miljoen euro zonder noemenswaardige gezondheidswinst.

Dit is een interessant voorbeeld dat het KCE toelaat aan te bevelen om de terugbetaling van de “Drug eluting stents” naar beneden aan te passen, meer naar het prijsniveau van de gewone stents.

Samengevat moet men:

- de prioriteiten beter bepalen;
- en die prioriteiten expliciet duidelijk maken.

Het eerste doel van dit hoofdstuk was aan te dringen op het belang van het systematisch gebruik maken van economische evaluatiemethodes om de beslissingen in verband met terugbetaling te nemen. De kosten-efficiëntie en de kosten-nut analyses zijn niet gevrijwaard voor gebreken. Ze kunnen, op zichzelf beschouwd, dus bekritiseerd en gecontesteerd worden door zij die zich bekocht voelen door hun toepassing. Dit belet echter niet dat het gebruik maken van deze economische evaluaties toelaat aan te tonen welke belangen er aan de medische interventies verbonden zijn en het levert cijfermateriaal op dat toelaat een beter gestoffeerde discussie aan te vatten.

Een tweede doel van dit hoofdstuk was het belang van het bepalen van expliciete prioriteiten op het gebied van terugbetaling aan te tonen. Het lijkt ons immers belangrijk te onderstrepen dat wanneer de procedures zo transparant mogelijk uitgevoerd worden en wanneer de prioriteiten duidelijk gesteld worden, de burgers gemakkelijker de redenen waarom bepaalde gezondheidsprogramma's gefinancierd worden

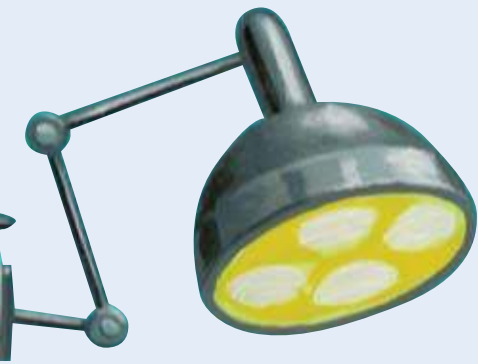
en waarom andere niet kunnen begrijpen. Deze duidelijk gedefinieerde en helder uitgelegde benaderingswijze verhoogt zeker en vast de bereidheid van de burgers om een collectief gefinancierd gezondheidssysteem bij te treden.

Er bestaan zowel in Europa als in de rest van de wereld technieken en ervaringen. We kunnen ze gebruiken zonder het wiel opnieuw uit te vinden. Er worden in België eveneens zeer interessante studies verricht, in het bijzonder door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Deze zouden vaker moeten benut worden om ze om te zetten in concrete beslissingen.

*Hoe valt het te verklaren dat in België de prioriteiten weinig uitgesproken zijn? Als verklaring kunnen we stellen dat het gemakkelijker is een prioriteitenrangorde, die geacht wordt de sociale waarden te weerspiegelen, op te stellen in een Beveridgiaans gezondheidssysteem (waar een Staat een duidelijk beleid kan uitstippelen) dan in een Bismarckiaans gezondheidssysteem<sup>52</sup> zoals het onze. In dit laatste type systeem, zijn de beslissingen in verband met de terugbetaling van zorgen het resultaat van een consensus tussen verschillende drukkingsgroepen die elk hun eigen belangen verdedigen. Een dergelijk mechanisme sluit niet uit dat de prioriteiten expliciet gedefinieerd kunnen worden, maar het bemoeilijkt toch de keuzes. Ter illustratie hiervan kunnen we verwijzen naar het feit dat de voorziene correctie maatregelen bij het overschrijden van het RIZIV budget bestaan uit eenvoudige, lineaire verminderingen van de medische honoraria. Dit betekent dat in dit geval alle zorgverleners onderworpen zijn aan hetzelfde verminderingpercentage van de honoraria. De verhoging van de remgelden werd in 1994 op dezelfde lineaire wijze doorgevoerd. We staan dus veraf van een beleid dat de zorgen, die zouden moeten bevooroordeeld worden op grond van duidelijk opgestelde prioriteitscriteria, definieert.*

<sup>52</sup> Zie Deel I voor een beschrijving van de fundamentele verschillen tussen deze twee systemen.





## VOORSTEL

### **De prioriteiten beter bepalen, gebruik makend van de beschikbare nationale en internationale analyses**

In ons Bismarckiaans systeem waar de beslissingen het resultaat zijn van de consensus tussen de verschillende drukingsgroepen die elk voor hun eigen belangen opkomen, is het geen gemakkelijke oefening om de prioriteiten voor de toekomst te bepalen.

In Europa en daarbuiten bestaan er technieken en ervaringen om de beschikbare middelen optimaal toe te wijzen. Wij kunnen ze aanwenden en hoeven dus het wiel niet opnieuw uit te vinden. Ook in België zijn er interessante studies uitgevoerd, in het bijzonder door het Kennis Centrum of Excellence. Van deze studies zou meer gebruik moeten worden gemaakt om ze in concrete beslissingen te vertalen.

**Quick win: beter gebruik maken van de zeer goede studies van de hand van het KCE.**

06

EEN NIEUW  
VOLUNTARISTISCH  
BELEID VOEREN OM  
DE SOCIO-ECONOMISCHE  
GEZONDHEIDSONGELIJK-  
HEDEN TE VERMINDEREN



De toegang tot de zorgen is ontegensprekelijk een bepalende factor om de gezondheidsongelijkheden te verminderen, maar het is niet de enige. Als ze de socio-economische gezondheidsongelijkheden willen verminderen kunnen de overheden, verantwoordelijk voor gezondheid, geen genoeg nemen met het in de hand werken van de toegang tot de zorgen. Het voluntaristische beleid dat men in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk gevoerd heeft, toont ons aan dat dit mogelijk is mits drie voorwaarden: een gezamenlijke en transversale actie, programma's die beperkt zijn tot bevolkingsdoelgroepen en tenslotte kwantificeerbare doelstellingen om de uitgevoerde strategieën te evalueren.



## INSPIRATIE HALEN UIT DE BRITSE EN NEDERLANDSE ERVARINGEN

De socio-economische gezondheidsongelijkheden bestaan wanneer mensen met het kwetsbaarst sociaal of economisch statuut een zwakkere gezondheid hebben.

Groot-Brittannië en Nederland zijn de twee landen die het verst gevorderd zijn bij het invoeren van een daadkrachtig beleid dat ernaar streeft om de socio-economische ongelijkheden op het vlak van de gezondheid te verminderen.

In Groot-Brittannië zijn er twee cijfermatige doelstellingen bepaald:

1. tegen 2010 moet het verschil in kindersterfte tussen arbeiders en de bevolking in het algemeen met 10% worden verminderd;
2. het verschil in levensverwachting tussen de meest achtergestelde gebieden en de rest van het land moet met 10% worden verminderd.

De socio-economische gezondheidsongelijkheden hebben in vele landen het voorwerp uitgemaakt van een vernieuwde belangstelling sinds de lancering van het programma "Health For All by the Year 2000" van de Wereldgezondheidsorganisatie in 1985. Van deze landen zijn het Verenigd Koninkrijk en Nederland die het verst gevorderd zijn in het uitwerken van een voluntaristisch beleid dat als doel heeft de socio-economische gezondheidsongelijkheden te verminderen. Zowel in het Verenigd Koninkrijk als in Nederland zijn de uitgewerkte doelstellingen en maatregelen gebaseerd op de rol van de sociale determinanten van de gezondheidstoestand en op het belang van het beleid tegen armoede.

In het Verenigd Koninkrijk werden in 2001 twee kwantificeerbare doelstellingen geformuleerd. De eerste is het met 10% verminderen van het verschil in kindersterfte tussen de klasse van de handarbeiders en de algemene bevolking tegen 2010. De tweede doelstelling, ook tegen 2010, is het met 10% verminderen van het verschil in levensverwachting tussen de inwoners van de meest achtergestelde gebieden (de gebieden van het land die bij de laatste 20% geklasseerd worden in termen van ontwikkeling) en de andere gebieden van het land. In 2004, werden ook « tussentijdse » doelstellingen (verminderen van het tabaksgebruik, van de ongewenste zwangerschappen bij de -18jarigen, van het aantal obesen,...) en de actieprogramma's om ze te bereiken opgesteld. Deze programma's - die onder andere het bevorderen van lichaamsbeweging, de borstvoeding, een evenwichtige voeding en het stoppen met roken beogen - waren dus bestemd voor bevolkingsdoelgroepen. Ook de toegang tot de opsporing en de behandeling van kanker en van kransslagaderaandoeningen werd in de achtergestelde buurten vergemakkelijkt<sup>53</sup>. Het Britse plan is nogal ambitieus en volledig. Het groepeerde verschillende actoren (politieke verantwoordelijken op lokaal niveau, centra voor eerstelijnszorg, verenigingen voor reïntegratie,...) die allen op hun resultaten zullen geëvalueerd worden op het einde van het programma.

<sup>53</sup> Couffinhal et al. (2005) « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen » Bulletin d'information d'économie de la santé n°93, IRDES

In Nederland hebben zeven van de twaalf experimenten die tussen 1995 en 2001 zijn uitgevoerd, een gunstig resultaat gehad.

In Nederland werden er tussen 1995 en 2001 twaalf experimenten uitgevoerd om de socio-economische gezondheidsongelijkheden te verminderen. Vervolgens werden de maatregelen geëvalueerd. Zeven van die experimenten hebben gunstige resultaten opgeleverd: de programma's tegen het tabaksgebruik en voor tandhygiëne op school en in achtergestelde buurten, de wijziging van de arbeidsorganisatie voor bepaalde beroepen (vermindering van de fysieke belasting van metselaars dankzij nieuwe uitrustingen en aanpassing van de uurroosters van vuilnismannen), het regelmatig opvolgen van patiënten met astma of met chronische longziekten, het oprichten van lokale eerstelijnszorgnetwerken en de gezondheidsopvoeding bij Turkse patiënten met diabetes. De vijf andere programma's hebben geen enkel resultaat opgeleverd of konden niet geëvalueerd worden<sup>54</sup>. Uiteindelijk lijken de resultaten eerder bemoedigend en ze tonen enkele grote tendensen aan: de ingrepen om de lastigheid van bepaalde arbeidsomstandigheden te verminderen<sup>55</sup> en de goed gerichte tussenkomsten lijken de meest efficiënte te zijn, in tegenstelling tot de massatussenkomsten (zoals een mediacampagne bij zwangere vrouwen voor het gebruik van foliumzuur) of tot bepaalde speciale maatregelen (zoals het toekennen van een uitkering aan ouders die in armoede leven).

Wat hebben we geleerd ?

- 1) de socio-economische ongelijkheden inzake gezondheid worden niet enkel veroorzaakt door het gezondheidssysteem zelf. Ze vinden hun oorsprong ook in het onderwijs, de huisvesting, het leefmilieu en de arbeidsomstandigheden. Om die reden zijn op zich staande maatregelen onvoldoende.

Wat kan men leren uit de Britse en Nederlandse experimenten? Het is niet noodzakelijkerwijs wenselijk de maatregelen die in het buitenland goede resultaten opgeleverd hebben te kopiëren, maar we kunnen er toch bepaalde lessen uit trekken. De eerste les komt rechtstreeks uit de epidemiologische studies die duidelijk aangetoond hebben dat er talrijke determinanten voor de gezondheid bestaan. Bijgevolg vereist iedere poging om de socio-economische gezondheidsongelijkheden te verminderen simultane en op verschillende gebieden ondersteunde acties. De socio-economische gezondheidsongelijkheden hebben inderdaad aan elkaar gelinkte oorzaken: naast de organisatie van het gezondheidssysteem zelf zijn er ook nog de opvoeding, de huisvesting, het milieu, de arbeidsomstandigheden, ... Geïsoleerd uitgevoerde acties zullen dus niet efficiënt zijn, omdat ze complementair blijken te zijn (de efficiëntie van iedere actie verhoogt wanneer andere acties uitgevoerd worden). Naar het voorbeeld van wat het Verenigd Koninkrijk en Nederland geprobeerd hebben, is een gemeenschappelijke en transversale actie dus wenselijk.

54 Mackenbach, JP. and K. Stronks (2004) "The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands" *International Journal for Equity in Health* 3:11: 1-7.

55 Het effect van de lastigheid van de arbeidsomstandigheden op de gezondheidstoestand van de arbeiders werd ook aangetoond door Franse gegevens. Zie Crainich D., Leleu H. (2006). *Exploitation des auto-questionnaires de l'extension régionale Nord Pas-de-Calais de l'Enquête Nationale Santé et Soins Médicaux 2002 de l'INSEE*. Eindrapport voor de Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Nord Pas-de-Calais, juni, 178p.

2) Gerichte acties moeten de voorkeur krijgen op massa-acties.

De beste maatregelen inzake lichaamsgewicht zijn maatregelen die via verschillende kanalen en op lange termijn werken en die zich bovendien tot specifieke bevolkingsgroepen richten.

Een tweede les die we van deze experimenten kunnen onthouden is dat men de gerichte acties moet verkiezen boven de massa-acties. De epidemiologische studies tonen inderdaad aan dat preventiecampagnes of opsporingsonderzoeken, die op de volledige bevolking gericht zijn, vooral die mensen zal sensibiliseren die niet noodzakelijk het meest risico lopen. Anders gezegd, de massacampagnes schieten dikwijls hun doel voorbij (de Nederlandse experimenten hebben dit bevestigd). De studie<sup>56</sup> die men gemaakt heeft over de socio-economische gezondheidsongelijkheden in 13 lidstaten is in dit opzicht bijzonder leerrijk. Ze heeft toegelaten - land per land - aan te tonen in welke bevolkingsgroepen de socio-economische gezondheidsongelijkheden bijzonder uitgesproken waren. In België zijn dat de bejaarde vrouwen, de laaggeschoolden en de economisch inactieven. Men zou dus misschien de corrigerende acties prioritair op die bevolkingsgroepen moeten richten.

Die eerste twee lessen worden bevestigd door een origineel experiment dat men in twee kleine gemeenten in de Nord/Pas-de-Calais (Frankrijk) uitgevoerd heeft: Fleurbaix en Laventie. De vereniging «Fleurbaix Laventie Ville Santé » heeft zich geconcentreerd op de opvoeding op voedingsgebied van kinderen van 6 tot 12 jaar door te mikken op resultaten op lange termijn (het experiment werd in 1992 opgestart en was over 15 jaar gespreid). De doelstelling was de kennis op voedingsgebied van de kinderen te verbeteren om zo hun voedingsgewoonten te veranderen. Het experiment heeft aanleiding gegeven tot een honderdtal wetenschappelijke artikels<sup>57</sup> over de maatregelen die de voedingsgewoonten kunnen veranderen en over de gevolgen die deze maatregelen kunnen hebben voor de gezondheid en meer bepaald voor de cardiovasculaire risico's. Ook daar zijn bepaalde resultaten veelbelovend. Een van de talrijke lessen die we uit dit experiment kunnen trekken, is dat de maatregelen die de beste resultaten opleveren in termen van gewichtsafname deze zijn die, enerzijds, over een lange termijn lopen via verschillende kanalen (opvoeding, lichaamsbeweging,...) en die, anderzijds, geconcentreerd zijn op heel precieze bevolkingsgroepen. Combinaties die bijvoorbeeld goed werken bij kinderen, gaan niet noodzakelijkerwijs een impact hebben op het gedrag van adolescenten. De overheden die in België verantwoordelijk zijn voor het gezondheidsbeleid zouden bijzonder interessante lessen moeten trekken uit dit experiment, want het probleem van obesitas stelt zich hier steeds scherper: volgens de schattingen zou 20 à 30% van de inwoners van België een overgewicht hebben.

<sup>56</sup> Van Doorslaer, E. and X. Koolman (2004) "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries" *Health Economics* 13 (7): 609–628.

<sup>57</sup> Waarvan de meeste online beschikbaar zijn op: <http://www.flvs.fr/>

## BELGIË REKENT VOORAL OP DE TOEGANG TOT DE ZORGEN

De opeenvolgende Belgische regeringen zijn steeds erg bekommerd geweest om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De toegang tot de zorgen is zonder enige twijfel een van de sterke punten van het Belgisch gezondheidssysteem. Zo heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) België op de derde plaats gezet van een klassemment betreffende de billijkheid van de financiële bijdrage tot de gezondheidssystemen<sup>58</sup>. De toegankelijkheid van de zorgen is altijd al een belangrijke zorg geweest van de opeenvolgende Belgische regeringen die altijd hebben willen vermijden dat de armste mensen niet zouden kunnen verzorgd worden wanneer ze ziek zijn.

Om deze doelstelling te bereiken heeft België - zoals de meeste Westerse landen - een sociaal verzekeringssysteem uitgewerkt dat op twee principes berust: 1) de socialezekerheidsbijdragen stijgen met het inkomen, bijgevolg hangt de bijdrage aan het systeem voor iedereen af van zijn betalingscapaciteit (vertikaal billijkheidsprincipe); 2) de verleende zorgen hangen niet af van de financiële bijdrage, maar van de gezondheidsbehoeften van eenieder (horizontaal billijkheidsprincipe).

Er is zelfs een jaarlijkse maximumbijdrage bepaald.

De zorgen zijn echter niet gratis voor de patiënten. Ze betalen inderdaad een bepaald percentage van de kosten van de zorgen (remgeld genoemd). Dit deel van de kosten varieert in functie van de aard van de prestaties en van het feit of de verzekerde al dan niet geniet van een preferentieel regime<sup>59</sup>. Overigens, om de financiële toegankelijkheid tot de zorgen te verbeteren en om de veelgebruikers (bijvoorbeeld personen met een chronische aandoening) niet al te zeer te bestraffen, werd er een jaarlijks grensbedrag voor de persoonlijke bijdrage vastgelegd. Dit systeem, dat de maximumfactuur (MAF) genoemd wordt, hangt af van het inkomen van de verzekerden. De persoonlijke tussenkomst van een persoon met een jaarlijks netto inkomen tussen de 22253,86€ en de 30031,91€ zal op die manier de 1000€ niet overschrijden, terwijl de maximumfactuur voor personen met een jaarlijks netto inkomen van meer dan 53582,11€ bepaald is op 2500€.

58 Wereldgezondheidsorganisatie (2000) "Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant" Genève, 248p.

59 Het preferentieel regime wordt aan bepaalde bevolkingsgroepen toegekend: weduwen/weduwnaars, mindervaliden, wezen, mensen met een leefloon, gehandicapten, werklozen ouder dan 50 jaar die langer dan 1 jaar werkloos zijn, ... enz. voor zover deze personen beschikken over een inkomen dat lager is dan een bepaald bedrag.



Door het bestaan van het statuut van bevoorrechte verzekerden en door het principe van de maximumfactuur zijn de medische zorgen in België relatief toegankelijk voor de minst bedeelde lagen van de bevolking.

Het feit dat patiënten een deel van de kosten voor hun rekening nemen is zowel om budgettaire als om economische redenen te rechtvaardigen. Het remgeld laat de overheid toe niet alle kosten verbonden aan de behandelingen te moeten financieren en op die manier de uitgaven van de ziekteverzekering te kunnen verlichten (budgettaire verantwoording). Overigens zet het doen betalen van een deel van de behandelingskosten door de patiënten deze laatste er toe aan niet ondoordacht gebruik te maken van de gezondheidsdiensten in geval van ziekte (economische verantwoording). Deze economische en budgettaire redenen verhinderen dus een totaal gratis toegang tot de zorgen voor het geheel van de bevolking.

Bij het bepalen van het niveau van de remgelden, moet de overheid bijgevolg afwegen maken tussen, enerzijds de dekking van de patiënten tegen de soms heel zware financiële gevolgen van ziekten en, anderzijds, de zorg om een overconsumptie van medische zorgen die collectief gefinancierd worden te vermijden. In België maken het bestaan van een preferentieel regime en het principe van de maximumfactuur de zorgen relatief toegankelijk voor de minst begoede mensen. Sinds de jaren negentig is het gemiddelde deel, dat door de patiënten betaald wordt, gestegen, maar het zijn vooral de personen met hogere inkomsten die deze stijging voor hun rekening genomen hebben. Dit betekent dat deze stijging van de gemiddelde privéfinanciering zich niet blijkt vertaald te hebben in een geringere verspreiding onder de rijken en de armen<sup>60</sup>. Het systeem van de maximumfactuur blijkt dus een efficiënt middel te zijn om de zwakste schakels van de bevolking te beschermen.

Dit lijkt bevestigd te worden door studies die op Belgische gegevens verricht zijn. Volgens deze studies<sup>61</sup>, zouden arme mensen, in verhouding tot hun geschatte behoeften, meer ziekenhuiszorgen en meer zorgen verstrekt door huisartsen consumeren, terwijl de rijkste mensen - steeds in verhouding tot hun geschatte behoeften - meer een beroep zouden doen op de zorgen verstrekt door specialisten. In dezelfde gedachtegang, toont een recente analyse<sup>62</sup> aan dat het feit over een aanvullende verzekering te beschikken

60 Van Camp G, Van Ourti, T en D. De Graeve (2003) "Vergelijking eigen bijdragen doorheen de tijd op basis van huishoudbudgetenquêtes van 1978-79, 1987-88 en 1997-98" Final Report DWTC-project SO/01/005, Part 2 ; Antwerp/Leuven.

61 Zie met name: Van Ourti, T (2002) "Measuring horizontal inequity in health care using Belgian panel data", ECuity III Project Working Paper #6

62 Schokkaert E, Van Ourti T, De Graeve D, Lecluyse A et C Van de Voorde (2007) "Supplemental health insurance and equality of access in Belgium", CES Discussion Paper Series DPS 07.29

(verstrekt door de privéverzekeraars en door de ziekenfondsen bovenop de verplichte ziekteverzekering) sterk verbonden is aan het inkomen van de mensen, maar dat het beschikken over een dergelijke verzekering over het algemeen niet blijkt aan te zetten tot een hogere consumptie van zorgen (maar eerder tot een andere structuur van zorgconsumptie). De organisatie van het gezondheidssysteem in ons land zou dus geen aanleiding geven tot een relatieve overconsumptie van medische zorgen door de rijksten.

## EEN NIEUW VOLUNTARISTISCH EN GERICHT BELEID IS NOODZAKELIJK

Een beleid dat focust op de toegang tot de zorgverlening is op zich onvoldoende.

68% van de armste gezinnen zeggen dat ze moeite ondervinden om hun medische zorgen te betalen.

De levensverwachting van een man met een laag studieniveau ligt vijf jaar lager dan die van een man die hogere studies heeft gedaan (bij vrouwen bedraagt de kloof drie jaar); zijn verwachte levensduur in goede gezondheid ligt zelfs achttien jaar lager.

Het in België gevoerde beleid om de socio-economische gezondheidsongelijkheden te verminderen, heeft zich geconcentreerd op de toegankelijkheid van de zorgen voor de minst begoede patiënten. Nochtans blijkt dat dit beleid onvoldoende is.

De studies tonen ons aan dat de zorgen voor bepaalde personen weinig toegankelijk blijven. De Belgische gezinnen spenderen gemiddeld 8% van hun budget aan gezondheidszorgen, maar de gemiddelde uitgave voor de oudste en voor de armste mensen bedraagt 15% (tegen 4% voor de rijkste mensen). En 68% van de armste gezinnen beweren moeite te ondervinden om hun gezondheidsuitgaven te financieren (tegen 7% van de rijkste gezinnen)<sup>63</sup>. En deze moeilijkheden om de kosten van de zorgen te financieren hebben een impact - ook al zijn ze niet de enige verklaring - op de gezondheidsindicatoren. Zo is bijvoorbeeld de levensverwachting van een laaggeschoolde man (resp. een vrouw), in verhouding tot een persoon die hogere studies gevolgd heeft, 5 jaar (resp. 3 jaar) korter en zijn levensverwachting in goede gezondheid is 18 jaar (resp. 25 jaar) korter<sup>64</sup>. De Koning Boudewijn Stichting heeft in 2007 een rapport uitgegeven dat talrijke gelijkaardige voorbeelden bevat.

De gezondheidstoestand van de armste bevolkingsgroepen vereist gecoördineerde en voluntaristische strategieën. Zonder hier een lijst op te maken met maatregelen die ons zouden kunnen toelaten deze doelstelling te bereiken, kan het voorbeeld van het Verenigd Koninkrijk en van Nederland ons toelaten hieruit enkele algemene lessen te

63 Louckx F et al. (2001), "Socioeconomic differences in health and access to health care" Archives of Public Health, 59, pp. 239-263..

64 Bossuyt N. et H. Van Oyen, (2000), "Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België" IPH/EPI Reports Nr. 2000-2003, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Departement Epidemiologie

trekken. Het eerste idee dat hierbij te voorschijn treedt, is dat het beleid het voorwerp moet uitmaken van een globale reflectie vanwege de overheden die bevoegd zijn in de domeinen die een directe of een indirecte impact hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking: natuurlijk de verantwoordelijken betreffende gezondheid, maar ook de beleidsmakers op het gebied van onderwijs, huisvesting en milieu. Ten tweede, lijken programma's die beperkt zijn tot precieze doelgroepen de voorkeur te moeten krijgen. Tenslotte, zouden kwantificeerbare doelstellingen kunnen toelaten de ingevoerde strategieën beter te evalueren. De acties die men in Nederland ondernomen heeft en het experiment «Fleurbaix Laventie Ville Santé » in Frankrijk hebben de eerste bemoedigende resultaten opgeleverd. Ze tonen aan dat de socio-economische gezondheidsongelijkheden waarschijnlijk niet onvermijdelijk zijn, voor zover de maatregelen die nodig zijn om ze terug te schroeven uitgevoerd worden en de overheden de moed hebben een langetermijnbeleid te ontwikkelen.

*Het bestuderen van de studies over gezondheidseconomie laat ons toe te antwoorden op de belangrijke vraag over de relatie tussen de relatieve toegankelijkheid tot de zorgen in ons land en de gezondheidsongelijkheden. Met andere woorden, in welke mate laat deze toegankelijkheid toe te vermijden dat de ongelijkheden qua rijkdom zich ook vertalen in ongelijkheden qua gezondheid?*

*Een eerste - weinig verrassende - informatie die in talrijke studies wordt aangetoond, is dat de armste patiënten ook het meest gevoelig zijn aan schommelingen in de gezondheidskosten. Een verhoging van de remgelden leidt dus tot een grotere afname van de zorgvraag bij de patiënten met een laag inkomen dan bij patiënten die over een hoger inkomen beschikken. En dit staat natuurlijk in verband met hun gezondheidstoestand. Een studie die in de Verenigde Staten werd uitgevoerd door de RAND Corporation<sup>65</sup> heeft zo bijvoorbeeld aangetoond dat de gratis zorgen de bloeddruk significant genormaliseerd hebben en de tandhygiëne, het gezichtsvermogen en bepaalde ernstige symptomen bij de armste patiënten verbeterd hebben. Het verband tussen rijkdom en gezondheid schijnt buiten kijf te staan.*

<sup>65</sup> Manning, W. G., J. P. Newhouse, et al. (1987). "Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment." *American Economic Review* 77(3): 251-77.

Dit verband werd onlangs gekwantificeerd in 13 lidstaten van de Europese Unie (waaronder België) door middel van een concentratie-index die het verband meet tussen de ongelijkheden qua rijkdom en de ongelijkheden qua gezondheid<sup>66</sup>. Deze studie toont aan dat er in elk van de onderzochte landen socio-economische gezondheidsongelijkheden bestaan (of anders gezegd, dat de gezondheidstoestand bij de rijkere bevolkingslagen over het algemeen beter is), maar dat ze in België relatief laag zijn. Inderdaad, enkel Nederland, Duitsland en Italië vertonen nog minder nadrukkelijke socio-economische gezondheidsongelijkheden. De studie maakt overigens ook duidelijk binnen welke bevolkingsgroepen deze ongelijkheden het grootst zijn. In België zijn deze groepen - in volgorde - de bejaarde vrouwen (vooral boven de 70 jaar), de lager geschoolde personen en de economisch inactieven (werklozen, gepensioneerden, anderen). Tenslotte toont deze studie ook aan dat de verschillen in inkomen - ook al is dit de belangrijkste factor - slechts voor een deel deze gezondheidsongelijkheden verklaren. Dit deel varieert tussen de 25 en de 40% voor alle bestudeerde landen samen en bedraagt 34% voor België. Een van de interessante conclusies van dit werk is dat de socio-economische gezondheidsongelijkheden meer te wijten zijn aan factoren die inkomen in gezondheid omzetten (opvoeding, huisvesting,...) dan aan de inkomensongelijkheden zelf. In termen van economisch beleid betekent dit dat, voor het terugdringen van de socio-economische gezondheidsongelijkheden, het gezondheidsbeleid efficiënter zou zijn dan een beleid van herverdeling van inkomens.

We kunnen daaruit afleiden dat een beleid, dat erop gericht is de toegang tot de zorgen voor de economisch meest kwetsbare personen te faciliteren, noodzakelijk maar ook onvoldoende is om de socio-economische gezondheidsongelijkheden te verminderen. Dit laatste resultaat bevestigt wat de epidemiologische studies sinds lange tijd duidelijk aantonen: ook al is de toegang tot de zorgen ontegensprekelijk een bepalende factor om de ongelijkheden qua gezondheid te verminderen, het is niet de enige. De gezondheidstoestand van de individuen (en dus de verschillen in gezondheidstoestand tussen de individuen) is in feite het resultaat van een mengeling van onlosmakelijk aan elkaar verbonden elementen: het inkomen, de opvoeding, het milieu, het risicogedrag, het socio-professioneel statuut,...enz. Bijgevolg kunnen de overheden die bevoegd zijn wat betreft gezondheid, indien ze de socio-economische gezondheidsongelijkheden willen verminderen, geen genoegen nemen met het bewaken van de toegankelijkheid van de zorgen.

---

<sup>66</sup> Van Doorslaer, E. and X. Koolman (2004) "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries" *Health Economics* 13 (7): 609-628.

Het is nochtans in die richting dat de inspanningen van de Belgische overheid zich exclusief lijken te concentreren. De wil om de toegang tot de zorgen voor de armste patiënten te beschermen, is ontegensprekelijk de verdienste van de overheid, maar de afwezigheid van een strategie op lange termijn om deze gezondheidsongelijkheden te verminderen, is betreuenswaardig.



## VOORSTEL

### **Zeer gerichte en gecoördineerde acties ondernemen om de ongelijkheid inzake gezondheid te verminderen**

Een beleid om de toegang tot het gezondheidssysteem te vergemakkelijken is zeker nodig, maar dit volstaat op zich niet om de ongelijkheid inzake gezondheid te verminderen.

Daarvoor is er nood aan een nieuw soort beleid. Opdat dit zou slagen, moet er aan twee voorwaarden worden voldaan. Ten eerste moet men gerichte acties ondernemen en dus geen acties die zich tot iedereen richten en die waarschijnlijk vooral die mensen zullen sensibiliseren die sowieso al minder risico's lopen. Daarnaast moet men de verschillende acties op elkaar afstemmen in plaats van geïsoleerde acties te ondernemen.

**Quick win: een programma dat specifiek de zwaarlijvigheid bij kinderen van 6 tot 12 jaar aanpakt en dat daarbij zowel aandacht schenkt aan evenwichtige voeding als aan lichaamsbeweging en aan andere aspecten.**



07

HET UITZONDERLIJKE  
POTENTIEEL VAN DE  
INFORMATICA EN VAN DE  
COMMUNICATIENETWERKEN  
BETER OP ELKAAR  
AFSTEMMEN EN  
EXPLOITEREN





De IT-toepassingen in de gezondheidszorg zijn op heden uitgeprobeerd en getest. Ze betekenen een reële meerwaarde, zowel op kwalitatief als op financieel vlak. Ze behelzen zeer uiteenlopende gebieden zoals het beheer van de operatiekwartieren, van de spoedopname, van de agenda's, van de zorgtrajecten, van de medische en verpleegkundige handelingen... Er bestaan gespecialiseerde firma's voor elk van deze toepassingen en ze beschikken over degelijke referenties in ons land.

Deze toepassingen bieden de mogelijkheid rechtstreeks in te grijpen op de zwakke punten die we eerder geïdentificeerd hebben:

- De horizontale benadering van het zorgaanbod bevorderen
- De kwaliteit van de zorg verbeteren
- Het budget beïnvloeden
- De preventie bevorderen



In het buitenland bestaan er tegenwoordig talrijke IT-succesverhalen waarop we ons kunnen richten. We kunnen de regio Franche-Comté in Frankrijk aanhalen als voorbeeld van een groot succes: vandaag beschikken daar meer dan 700.000 patiënten over een unieke identificatiecode waarbij alle geopende medische dossiers online toegankelijk zijn voor alle gezondheidswerkers. Het betreft een in real-time delen van de informatie via een collaboratief toegangsportaal dat via het web toegankelijk is voor alle gezondheidswerkers van de regio. Deze benadering laat toe het herhalen van onderzoeken te verminderen en de kwaliteit van de voorschriften en de medische opvolging van de patiënt te verbeteren. Ze laat ook toe geneesmiddeleninteracties, die ieder jaar duizenden ziekenhuisopnames veroorzaken, te vermijden.

Concreet kan men hier het volgende uit leren:

1. bij haar beleid moet de overheid grondig en in de breedte nadenken over de rechtstreekse en onrechtstreekse impact op de gezondheidstoestand van de bevolking;
2. er wordt wellicht best de voorkeur gegeven aan duidelijk afgebakende programma's;
3. de uitgevoerde strategieën moeten worden getoetst aan de hand van kwantificeerbare objectieven.

Zowel in België als in de rest van Europa maakt de gezondheidssector nog te weinig gebruik van de informatica.

In België legt het project BE-health, dat door de regering goedgekeurd is, de basis van de gegevensuitwisseling op federaal niveau. De volgende stap is verder te gaan en het delen van een patiëntendossier te veralgemenen tot het regionale of het subregionale niveau. Er zijn twee voorwaarden om te slagen: een unieke patiëntidentificatiecode en een aansluiting op vrijwillige basis bij deze basiskern.

## INLEIDING

De IT-toepassingen in de gezondheidszorg zijn op heden uitgetoetst en getest. Ze betekenen een reële meerwaarde, zowel op kwalitatief als op financieel vlak. Ze behelzen zeer uiteenlopende gebieden zoals het beheer van de operatiekwartieren, van de spoedopname, van de agenda's, van de zorgtrajecten, van de medische en verpleegkundige handelingen... Er bestaan gespecialiseerde firma's voor elk van deze toepassingen en ze beschikken over degelijke referenties in ons land. [identiek p 70]

Nochtans gebruikt de gezondheidssector, tot op heden, op Europees, maar ook op Belgisch vlak, algemeen gezien, in onvoldoende mate de informatica. Sinds meer dan tien jaar verontrust deze situatie de Europese Commissie. Terwijl de meeste andere sectoren 4, 5, 6 % van hun budget besteden aan informatica, blijft de gezondheidssector met 2,5% à 3% van de middelen besteed aan informatica, ruim onder deze cijfers. Wanneer men weet dat een klein ziekenhuis een omzet van 30 miljoen euro realiseert, een zie-

In België bestaan er grote verschillen tussen de verschillende zorgverstrekkers en tussen de verschillende instellingen.

Zowel in België als in andere landen zijn er echte succesverhalen te noteren.

Bevorderen van de horizontale aanpak: de medische opvolging van meer dan 700.000 patiënten via het internet.

kenhuis met 400 bedden bijna 90 miljoen euro en dat ziekenhuizen van meer dan 1000 bedden de 250 miljoen euro omzet kunnen overschrijden, dan betekent een percentage van 2,5% een bedrag tussen de 750.000 en de 6.250.000 euro.

In België varieert de situatie sterk al naargelang de prestaties en de instellingen: sommigen besteden slechts een heel klein deel van hun budget aan informatica terwijl anderen er veel zwaarder in investeren omdat ze het belang op kwalitatief, financieel en marketing gebied begrepen hebben. Men stelt dus heel sterke verschillen vast: sommigen kunnen sterk ontwikkelde en performante projecten voorleggen, terwijl anderen tot op heden een heel sterke achterstand hebben.

Eerder dan een lange technische uiteenzetting te geven over de ontwikkelingen van de informatica in de wereld van de gezondheid en de voordelen ervan theoretisch te benaderen, lijkt het ons beter de echte succesverhalen die we hebben kunnen achterhalen voor te leggen.

## INFORMATICA OM EEN HORIZONTALE BENADERING VAN HET ZORGAANBOD TE BEVORDEREN

### SUCCESVERHAAL 1

#### HET SLAGEN VAN HET « DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ » IN DE REGIO FRANCHE-COMTÉ.

Terwijl het aanwenden van de DMP in Frankrijk over het algemeen een mislukking blijkt te zijn, loopt er tegenwoordig een project dat heel interessante en veelbelovende resultaten heeft opgeleverd: het experiment ontwikkeld door de ARH (agence régionale d'hospitalisation) van de regio Franche-Comté.

**De Agence régionale d'hospitalisation (ARH) van de regio Franche-Comté verzorgt de medische opvolging van meer dan 700 000 patiënten via het collaboratief portaal [fc-santé.org](http://fc-santé.org).**

Het "Dossier médical partagé" (DMP) (Gedeeld Medisch Dossier) is een nationaal project dat kritieke uitdagingen voor de volksgezondheid omvat. De regio Franche-Comté speelt hierin een pioniersrol gezien het de eerste regio is die beschikt over een DMP dat gegevens kan uitwisselen met het geheel van medische structuren van de regio en dat toegankelijk is voor de patiënten. Hervé Barge, de zaakgelastigde van *SI télémédecine* binnen de ARH Franche-Comté benadrukt dat "700 000 inwoners van de regio vandaag beschikken over een unieke identificatiecode die herkend wordt door het geheel van medische structuren" en dat "meer dan 30 000 dossiers nu al actief zijn".

Dit wil zeggen de uitwisseling in real time van medische gegevens via het internet.

Het project dat door de ARH Franche-Comté uitgevoerd wordt, berust op het in real-time delen van medische informatie via een collaboratief toegangspitaal dat via het web toegankelijk is voor alle gezondheidswerkers van de regio. Op die manier zijn de röntgenfoto's en de bloedonderzoeken, die vanaf de geboorte van een baby werden uitgevoerd, onmiddellijk toegankelijk voor de kinderarts via het portaal. Vervolgens zal het DMP, gedurende het volledige gezondheidsparcours van deze nieuwe patiënt, aangevuld worden.

Hierdoor kunnen de risico's worden vermeden die verbonden zijn aan de wisselwerking tussen verschillende geneesmiddelen, alsook de risico's op fouten die voortvloeien uit een meermalige ingave van informatie, en tenslotte de overbodige herhaling van dezelfde medisch-technische onderzoeken.

Blondine Mullin, de coördinatrice van het netwerk perinataliteit (*réseau de périnatalité*) van de regio onderstreept dat "deze in real-time toegankelijke historiek de kwaliteit van de voorschriften en van de medische opvolging van de patiënten gevoelig verhoogt. Het systeem laat meer bepaald toe de risico's, die verbonden zijn aan geneesmiddeleninteracties en die ieder jaar honderdduizenden ziekenhuisopnames veroorzaken, te verminderen". Bovendien laat het systeem toe de kans op vergissingen, veroorzaakt door het opnieuw invoeren van gegevens, te verminderen en het verhoogt de productiviteit van de beroepsbeoefenaars. Blondine Mullin voegt daar aan toe dat "de 10 à 15 minuten, die tot op heden nodig waren om de gegevens in verband met het medisch verleden van de patiënt opnieuw in te voeren, voortaan herleid worden tot enkele seconden."

We kunnen daar aan toevoegen dat dit dossier het toelaat het herhalen van nutteloze medisch-technische onderzoeken te vermijden, wat ons de gelegenheid biedt besparingen te realiseren en te vermijden dat patiënten onnodig aan stralingen worden blootgesteld.

Nochtans had het in de regio Franche-Comté ontwikkelde DMP met dezelfde moeilijkheden moeten geconfronteerd worden als deze waarmee men op nationaal vlak en in de andere regio's te maken kreeg. Globaal gezien zijn er drie soorten moeilijkheden:

- de heterogeniteit van de zorglocaties, gaande van de zelfstandige verpleegsters tot de Universitaire Ziekenhuizen (in termen van informatica-uitrusting, van financiële middelen, van handelwijzen en van het vermogen om te evolueren...),
- de financiële druk die op alle niveaus weegt om te moderniseren,
- het soms heel beperkte aanpassingsvermogen van het publiek (meer bepaald bij oudere of laaggeschoolde mensen). Dit maakt een zeer goede ergonomie en het zoeken naar eenvoud noodzakelijk.

Hoe kan dit succes vandaag worden verklaard ?

1) een geleidelijke invoering, gebaseerd op een vrijwillige toetreding ;

Welke factoren laten ons nu toe dit succes te verklaren?

### **Succesfactor 1: Een geleidelijke invoering gebaseerd op vrijwillige aansluiting**

Het DMP werd niet als dusdanig opgelegd aan de instellingen. Het project kent zijn oorsprong in een twaalftal netwerken die zich wensten te informatiseren. Men is begonnen met een toenaderingspolitiek tussen de identiteiten uit te werken en vervolgens heeft men gelijktijdig gemeenschappelijke oplijstingen gemaakt.

Zo heeft men het pad geëffend naar het DMP. Eerst heeft men de minimuminformatie die men kon uitwisselen verzameld in een project dat oorspronkelijk DMMP (Dossier Médical Minimum Partagé) gedoopt werd. Binnen enkele maanden waren alle artsen akkoord om rond deze minimumgegevens te werken. En nu stelt men vast dat, naargelang er meer mensen zijn die dit persoonlijk dossier delen, deze dienst belangrijker wordt en dat er meer gebruik wordt van gemaakt.

2) een unieke identificatie.

### **Succesfactor 2: een unieke identificatiecode**

De sluitsteen van het systeem is het invoeren van een unieke identificatiecode per patiënt op regionaal vlak. Dit gebeurt door middel van een ideo-pass server die de patiënten identificeert: alle zorgverleners gebruiken dezelfde patiëntidentificatiecode.

De gezondheid verbeteren.

Het Micronet-project om ziekenhuisinfecties in de regio Piedmont terug te dringen.

Dankzij de monitoring kan men goed preventief tewerk gaan en kan men snel ingrijpen wanneer het nodig blijkt.

Een betere preventie.

Het gegevensbestand m.b.t. inentingen dat ontwikkeld is en gebruikt wordt door Kind en Gezin in Vlaanderen heeft de vaccinatiegraad op zes jaar tijd verhoogd van 77% tot meer dan 90%.

## INFORMATICA OM DE KWALITEIT TE VERBETEREN

### SUCCESVERHAAL 2

#### HET MICRONETPROJECT OM DE NOSOCOMIALE INFECTIES TE VERMINDEREN

Het Micronetproject is een project dat ontwikkeld is door de « Instituto Supérieure di Sanita », het Italiaans Nationaal Instituut voor Volksgezondheid, voor het bestrijden van de nosocomiale infecties (ziekenhuisinfecties).

Het project wordt uitgevoerd in de regio Piemonte en bestaat er uit de gegevens komende van laboratoria uit de streek systematisch te verzamelen en te analyseren. Een groep microbiologen en epidemiologen hebben elf gestandaardiseerde en regelmatig geactualiseerde tabellen opgesteld. Al deze gegevens worden gestockeerd in een centrale databank (Micronet) en er werd een website ontworpen om systematisch feedback te geven onder de vorm van een analyse van de verzamelde gegevens.

Het toezicht op deze nosocomiale ziektes laat een efficiënte preventie en snelle tegenmaatregelen toe. Het systematisch bewaken van de in de ziekenhuizen opgelopen infecties heeft een belangrijke impact in economisch opzicht: 5 à 8% van de patiënten lopen een infectie op. Iedere infectie kost gemiddeld 17,2 dagen bijkomende ziekenhuisopname en de instellingen die uitgerust zijn met een controlesysteem bereiken een daling van 32% van het aantal infecties in 5 jaar tijd.

## INFORMATICA OM DE PREVENTIE TE VERBETEREN

### SUCCESVERHAAL 3

#### DE VACCINATIEDATABANK VAN KIND EN GEZIN

Kind en Gezin heeft in Vlaanderen een toepassing ontwikkeld die het potentieel van de informatica op het gebied van gezondheidspreventie illustreert. Dit soort toepassing zou in talrijke andere domeinen kunnen ontwikkeld worden.

Kind en Gezin heeft een Vaccinatiedatabank voor Vlaanderen ontwikkeld en heeft zo het vaccinatiepercentage in 6 jaar tijd doen stijgen van 77% tot meer dan 90%. Het grootste deel van deze verbetering werd bereikt door een betere productiviteit.

De toepassing voorziet in een elektronische vaccinatiefiche voor ieder kind, een controle van de stocks en van het beschikbare aanbod, een betrouwbaar en snel communicatiekanaal voor de gezondheidsverstrekkers in de beleidsveranderingen inzake vaccinatie en handelswijzen alsook de gegevens voor de controle van de performantie. Het geheel creëert een nieuwe e-health dynamiek die toelaat andere diensten voor Kind en Gezin te ontwikkelen.

Sinds 2005 is de databank toegankelijk voor de gezinsartsen en voor de beroepsbeoefenaars van de gezondheidscentra van scholen.

De kinderen en de families genieten van het leeuwendeel van de voordelen van dit systeem door het toegenomen aantal vaccinaties. De winst in termen van kosten voor Kind en Gezin komt vooral voort uit productiviteitswinsten die Kind en Gezin toelaten bijkomende personeelskosten te vermijden die, in het vorige, manueel registratiesysteem, noodzakelijk zouden geweest zijn om het hoofd te bieden aan het toegenomen vaccinatiepercentage.

Een betere informatiestroom.

NHS Direct Online geeft alle burgers rechtstreeks toegang tot de informatie op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg.

Het doel bestaat erin om de burger-patiënt ertoe te brengen zijn gezondheid in eigen handen te nemen.

## INFORMATICA OM DE INFORMATIE TE VERBETEREN

### SUCCESVERHAAL 4

#### NHS DIRECT

De National Health Services in het Verenigd Koninkrijk heeft NHS Direct Online (NHS-DO) ontwikkeld om alle burgers toegang te verschaffen tot de informatie aangaande gezondheid en gezondheidszorg. Dit laat hen toe hun kennis en hun keuzes over levensstijl, gezondheid en gezondheidszorg te verbeteren.

De gekozen benadering beperkt zich dus niet tot de traditionele benadering van de gezondheidszorg: de doelstelling van dit initiatief bestaat er ook in de burger-patiënt te leren zijn verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen gezondheid.

Het aantal bezoekers is spectaculair gestegen: van 1.5 miljoen bezoekers in 2000 tot een verwacht aantal van 24 miljoen bezoekers in 2008. Ook het aantal bezoekers die hun bezoek aan de site herhalen is gestegen van ongeveer een derde van de bezoeken tot ongeveer de helft.

Deze bezoekers zijn patiënten, verwanten van patiënten, burgers die nog geen patiënt zijn, maar die meer willen te weten komen over hun toestand. Het betreft ook burgers die in een goede gezondheid verkeren en die informatie zoeken om hun levensstijl te



De website biedt ook gespecialiseerde diensten aan.

verbeteren. Anderen bezoeken de site als voorbereiding op een reis naar het buitenland.

Er worden tal van gespecialiseerde diensten aangeboden: gezondheidsvragenlijsten, een gezondheidsencyclopedie, een website over de beste behandelingen, een gids voor zelfredzaamheid, details over de lokale diensten van de NHS, Frequently Asked Questions, interactieve hulpmiddelen...

De voornaamste vastgestelde voordelen zijn:

- De burgers toe te laten meer weloverwogen en meer oordeelkundige keuzes te maken in verband met hun levensstijl
- Meer verantwoordelijkheid voor zichzelf nemen en vermijden dat men de huisarts consulteert enkel en alleen om informatie te krijgen
- De kosten vermijden die gepaard gaan met het personeel dat noodzakelijk zou zijn voor een callcenter dat dezelfde functies zou vervullen
- Gericht doelgroepen van burgers-patiënten, die specifieke gezondheidsproblemen hebben, bereiken

De kosten beperken: het logistiek project en de aankoopverenigingen.

## INFORMATICA OM DE KOSTEN TE VERMINDEREN

### SUCCESVERHAAL 5

#### HET LOGISTIEK PROJECT VAN HET ST FRANZISKUS ZIEKENHUIS TE AHLEN IN DUITSLAND EN DE AANKOOPCOÖPERATIEVEN IN CANADA

Zo heeft het ziekenhuis van Ahlen voor zijn logistieke keten een volledig geïnformatiseerd proces ingevoerd.

Het logistiek beheer in een ziekenhuisomgeving, en vooral het interne logistiek beheer, laat toe belangrijke besparingen te realiseren. Het ziekenhuis in Ahlen in Duitsland heeft haar logistieke keten volledig geïnformatiseerd: alle producten worden voorzien van een barcode en worden gestandaardiseerd. Het aankoopproces en de bestelprocessen zijn volledig geautomatiseerd.

Het resultaat: een kostenbesparing dankzij een vermindering van de risico's en dankzij tijdsbesparingen.

Het voornaamste voordeel van deze investering is de kostenvermindering en dit dankzij een vermindering van de behandelingskosten. Het project dat in 2005 opgestart werd, heeft een gecumuleerde winst van 470.000 euro opgeleverd voor kosten die op 390.000 euro geraamd worden.

Behalve voor deze kostenvermindering heeft dit informaticaproject er ook voor gezorgd dat de kans op vergissingen bij voorschriften afgenomen is en dat er tijd wordt vrijgemaakt voor de verpleegkundigen.

Men kan zelfs nog veel meer geld besparen als men volledig geïnfomatiseerde aankoopcentrales zou oprichten.

In Zweden worden 42% van alle voorschriften automatisch doorgegeven.

De jaarlijkse netto-opbrengst van dit systeem wordt geschat op 97 miljoen euro.

Er zijn nog tal van andere voordelen voor de burgers, de zorgverstrekkers en de overheid.

Nog veel belangrijkere bijkomende besparingen kunnen gerealiseerd worden door het oprichten van aankoopcentrales die, zoals in Canada, gebaseerd zijn op volledig geïnfomatiseerde processen. Het principe bestaat erin alle aankooporders voor een bepaald product voor een jaar op provinciaal of op regionaal niveau te centraliseren. Het experiment is begonnen met de meest eenvoudige producten zoals vuilniszakken en is geëvolueerd naar meer complexe producten zoals röntgenfilms. Vanaf het eerste jaar van centralisatie is de gerealiseerde winst opmerkelijk want ze bereikt een gemiddelde van 15%: de concurrentie tussen de leveranciers wordt uitgespeeld en één enkele leverancier krijgt het order voor het hele jaar voor de betreffende regio. Dit initiatief gebeurt op vrijwillige basis en wordt ondersteund door een geïnfomatiseerd proces dat de volledige keten omhelst.

#### SUCCESVERHAAL 6

##### HET ELEKTRONISCH VOORSCHRIJVEN IN ZWEDEN

Tegenwoordig wordt 42% van alle voorschriften in Zweden automatisch van de arts naar de apotheker doorgestuurd via Sjunet. De huisarts of het ziekenhuis stuurt de voorschriften door naar het netwerk Sjunet extranet. Het document kan ofwel naar een welbepaalde apotheek ofwel naar de nationale mailbox gestuurd worden. De 900 apotheken hebben toegang tot de nationale mailbox zodat de patiënt aan zijn arts niet hoeft te preciseren welke apotheek hij wenst te gebruiken.

Het systeem, dat in 2004 gelanceerd werd, kent een groot succes. De jaarlijkse nettowinst wordt op 97 miljoen euro geraamd, wat sinds de lancering een geschatte gecuremuleerde winst van 330 miljoen euro betekent.

Er zijn talrijke voordelen voor de burgers:

- Het advies door middel van een on-line hulpsysteem dat de kennis van de patiënt over het innemen van het geneesmiddel volgens de passende periodiciteit verhoogt
- De zekerheid
- De flexibiliteit

Ook de voordelen voor de zorgverleners en voor de overheid zijn belangrijk:

- Het vermijden van het dupliceren van de voorschriften ter vervanging van verloren voorschriften
- Het vermijden van onleesbare of onduidelijke voorschriften
- Het beperken van het risico op fraude of vervalsingen
- Het verbeteren van de aan de patiënt verschafte informatie

## INFORMATICA OM EEN BEPAALDE BEVOLKINGSGROEP OF EEN BEPAALDE PATHOLOGIE TE BEGELEIDEN

De informatica en de nieuwe communicatiemiddelen zijn uitermate geschikt voor het beheer van de chronische ziekten.

Het project maakt voor de ondersteuning van de chronische patiënt bij hem thuis intensief gebruik van verschillende technologische oplossingen.

Dankzij dit systeem hoeft de patiënt niet in het ziekenhuis opgenomen te blijven en kan hij rustiger leven in zijn eigen vertrouwde omgeving. De behandeling kan erdoor op een gecoördineerde manier worden georganiseerd.

De informatica en de nieuwe communicatiemiddelen zijn bijzonder geschikt voor het beheer van chronische ziekten. Er lopen talrijke projecten in Nederland, Italië en ook België. Al deze projecten gebruiken de combinatie van Internettechnologieën en van teleconferenties of web-tv.

### SUCCESVERHAAL 7

#### HET CHRONIC-PROJECT

Het Chronic-project gebruikt intensief verschillende technologische oplossingen om de chronische patiënt thuis bij te staan. De patiënt kan van thuis uit interageren met de zorgverleners met name door middel van videoconferentie en door het registreren van vitale functies. Het systeem omvat tegenwoordig verschillende types sensoren, al dan niet draadloos, om de ademhalingsfunctie, de ECG en het hartritme te meten.

Het "Centre de Gestion des Soins Chroniques" (Centrum voor het Beheer van Chronische Zorgen) is tegenwoordig het hart van het systeem dat de verschillende actoren en de verschillende taken coördineert. Het bestaat uit een callcenter en uit een patiënten-beheersysteem dat in een webgebaseerde toepassing geïntegreerd is. Het callcenter wordt beheerd door niet-medisch personeel dat de behoeften van de patiënt evalueert. Als de patiënt enkel belt voor een afspraak, heeft de operator toegang tot bepaalde gegevens van de patiënt en kan hij met de patiënt overleggen. Als de patiënt om een medische reden belt, dan verbindt de operator hem door naar een gespecialiseerde verpleegkundige.

Dit systeem laat toe een verlengde ziekenhuisopname en de daarmee gepaard gaande kosten te vermijden als de gezondheidstoestand van de patiënt deze niet verantwoordt. Het laat bovendien toe dat de patiënt zich in zijn vertrouwde leefomgeving kan handhaven, terwijl de potentiële problemen toch onmiddellijk gedetecteerd worden. Het laat tenslotte ook toe de volledige noodzakelijke zorg voor de patiënt op een gecoördineerde manier te organiseren.

Het systeem is tot nu toe in drie verschillende steden opgestart en getest: Barcelona (Spanje), Milaan (Italië) en in ons land, Leuven.

## ER BIEDEN ZICH GEWELDIGE KANSSEN AAN VOOR BELGIË

Alle geslaagde experimenten kunnen in België worden overgenomen.

Het Be-Health project zou een interessante stap kunnen zijn voor het invoeren van een gedeeld medisch dossier.

Alle bovenvermelde geslaagde experimenten kunnen op grote schaal overgenomen worden door België. De meesten van hen werden al uitgetoet en getest. Ze zijn gebruiksklaar en beschikbaar. Het gaat over kansen die voor het grijpen liggen want, zoals we het hierboven hebben aangetoond, laten ze toe de kwaliteit te verhogen, de kosten te verminderen, de preventie te verbeteren en de informatie te verspreiden.

Het project Be-health zou in dit opzicht een interessante stap kunnen zijn, meer in het bijzonder voor het opstarten van een "gedeeld medisch dossier". De site "be-health" biedt tot op heden een beperkt aantal elektronische toepassingen zoals:

- Online registratie van kanker voor de algemene ziekenhuizen
- E-shop voor het online bestellen van getuigschriften voor verstrekte hulp
- MyCareNet voor het uitwisselen van gegevens tussen beroepszorgverleners en de ziekenfondsen

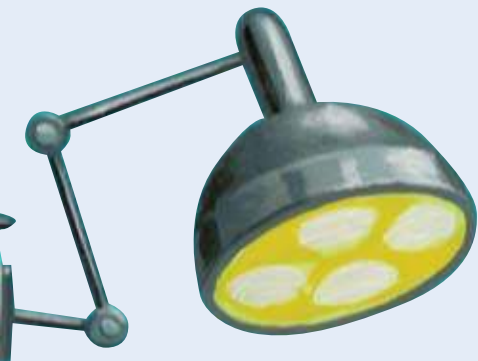
De toepassingen zijn beveiligd. Er bestaan twee manieren om zich te identificeren en om zo toegang te hebben tot de toepassingen:

- met behulp van zijn elektronische identiteitskaart
- door gebruik te maken van een gebruikersnaam en een paswoord, gecombineerd met een token, die op voorhand verkregen wordt door zich te registreren op het federaal portaal [www.belgium.be](http://www.belgium.be)

Naar het voorbeeld van het experiment van de regio Franche-Comté, kan het project be-health veel verder gaan door het volgende aan te bieden:

1. Een unieke identificatiecode voor iedere burger-patiënt
2. Een mogelijkheid voor alle organisaties om zich op vrijwillige basis aan te sluiten bij deze basiskern om zo allerlei informatie uit te wisselen

Beschikken over een unieke identificatiecode, de veiligheid garanderen en de individuele initiatieven verenigen, zijn drie essentiële voorwaarden om projecten van betekenis te doen slagen en om in België te kunnen genieten van het volledige potentieel van de informatica en van de communicatienetwerken.



## VOORSTEL

### **Meer investeren in de gezondheidsinformatica**

Algemeen gesproken liggen de informatica-investeringen in de gezondheidssector lager dan in de andere sectoren: hooguit 3% tegenover 4-5-6 %. Nochtans zijn er zowel in België als in het buitenland voldoende oplossingen en successtory's van vooruitstrevende toepassingen in alle domeinen. We zouden deze oplossingen op een grotere schaal moeten toepassen met het oog op een verbetering van de kwaliteit, de preventie en de informatie, een vermindering van de kosten en de ontwikkeling van een gecoördineerde aanpak voor elke ziekte.

**Quick win: ruimschoots financiële en personele middelen vrijmaken om de regionale en subregionale initiatieven voor het delen van het medisch dossier te ondersteunen.**

08

DE VOORWAARDEN  
VOOR SUCCES



De noodzakelijke hervormingen zullen slechts slagen mits vooraf aan vijf voorwaarden is voldaan: we moeten er ons allemaal samen van bewust zijn dat er actie moet worden ondernomen; we moeten het niet zien als een verplichting, maar als een fantastische opportuniteit die voor het grijpen ligt; we moeten ambitieuze doelstellingen durven formuleren; we moeten een uitzonderlijke positieve dynamiek rondom het project teweegbrengen; en tenslotte moeten we ervoor zorgen dat de acties die we ondernemen ook voortdurend geëvalueerd worden.





## DE BEWUSTWORDING – EEN ONONTBEERLIJKE BASISVOORWAARDE

Een voorafgaande vereiste is dat men de noodzaak tot verandering en tot handeling moet inzien en ermee rekening moet houden.

Alle belangrijke ontwikkelingen zijn pas kunnen ontstaan wanneer er op het hoogste niveau een bewustwording was gebeurd.

Men moet ook aantonen dat de veranderingen grote winsten kunnen opleveren, niet enkel op het vlak van de kosten of de hoeveelheden, maar ook en vooral qua kwaliteit. Er wordt al te vaak de nadruk gelegd op het financiële aspect.

Een essentiële basisvoorwaarde voor alle sleutelactoren van het gezondheidssysteem is het begrijpen en het integreren van de noodzaak om te evolueren en om te handelen. Deze bewustwording moet zich op alle niveaus voltrekken:

- Burgers-patiënten
- Zorgverleners
- Overheden
- Ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen
- Leveranciers van goederen en diensten

Alle belangrijke evoluties die ons gezondheidssysteem gekend heeft, konden slechts gerealiseerd worden vanaf het moment waarop men zich op het hoogste niveau bewust geworden is van de noodzaak om te handelen. Een bijzonder interessant voorbeeld is de professionalisering van het beleid van de ziekenhuizen, de ziekenfondsen ...: de eerste onontbeerlijke stap om van een boekhoudfunctie over te gaan tot een echte functie van financieel beleid, bestond erin de bestaande directies te sensibiliseren voor het belang van een echt financieel beleid in termen van kaswinst, van budgetbeheer, van boordtabellen... Van zodra deze sensibilisering gebeurd was, zijn de evoluties er heel natuurlijk uit voortgevloeid.

Hier geldt hetzelfde. De oplossingen zullen slechts natuurlijk kunnen ontstaan, wanneer een veralgemeende bewustwording zich gaandeweg verspreidt. Deze bewustwording zal er niet vanzelf, natuurlijk en spontaan komen. Men moet ze stimuleren via verschillende initiatieven zoals het inrichten van seminaries, het organiseren van reflecties onder de sleutelactoren en het uitwisselen en het delen van ervaringen met het buitenland.

**Het is ook belangrijk de belangrijke winsten die men door deze veranderingen kan boeken aan te tonen, niet enkel in termen van kosten of hoeveelheden, maar ook en vooral in termen van kwaliteit.** Bij de ondernomen hervormingen benadrukt men al te vaak het financiële aspect. Ook al is dit een gegronde doelstelling, toch is het niet het enig belangrijk element. De kwaliteit van de aan de patiënten verstrekte zorgen verbeteren is van essentieel belang: aan iedereen de potentiële winst op het vlak van kwaliteit kenbaar maken en uitleggen is de beste garantie op een duurzame en voor iedereen gunstige evolutie van ons gezondheidssysteem.

## DE UITDAGINGEN EERDER ALS KANSEN DAN ALS BEDREIGINGEN BESCHOUWEN

“Europa moet een andere visie aankleven. Uitgaven voor de gezondheid mogen niet langer louter als een kost worden beschouwd. In de plaats daarvan moet een doeltreffend gezondheidsbeleid als een investering worden aanzien.”

Elke euro die beter besteed wordt voor de gezondheid draagt bij tot de levenskwaliteit en tot het welzijn van het individu.

David Byrne, Europees commissaris voor gezondheid en consumentenbescherming, heeft in een reflectiedocument<sup>67</sup> voor een nieuwe Europese strategie op gezondheidsgebied verklaard dat: « Europa van visie moet veranderen door niet langer de gezondheidsuitgaven te beschouwen als een kost, maar door een efficiënt gezondheidsbeleid te beschouwen als een investering. Europa moet onderzoeken wat de gezondheid bijdraagt aan de economie en wat de ziekte haar doet verliezen.»

De gezondheidsuitgaven beginnen langzaam aan erkend te worden als motor van de economische groei. Deze motor van economische groei kan op verschillende vlakken vastgesteld worden:

- Investeren om de ziekten te verminderen komt neer op een vermindering van de zware sociale kosten zoals deze voor ziekteverloven, voor vervangingen op het werk, voor productiviteitsverlies en voor het vervroegd pensioen
- De gezondheidssector stelt, volgens de statistieken van de Europese Unie, 10% van de actieve bevolking van de Unie tewerk en creëert miljoenen nieuwe arbeidsplaatsen
- De gezondheidssector wordt gedreven door de wetenschappelijke en technische vooruitgang. Deze wetenschappelijke en technologische vooruitgang leidt tot nieuwe arbeidsplaatsen, tot vooruitgang en tot verbetering van de levenskwaliteit. De farmaceutische, biotechnologische en informatica-industrie zijn hier enkele voorbeelden van
- Tenslotte zullen zij die nu investeren, bijvoorbeeld in het domein van de preventie, in de toekomst een heel belangrijk rendement op investering hebben

Behalve dit effect van motor voor economische groei, laat iedere euro die beter besteed wordt op gezondheidsgebied ook een verbetering van de levenskwaliteit en van het individuele welzijn toe. Iedere burger kan zo niet alleen een productiever, maar vooral een langer en gelukkiger leven leiden.

<sup>67</sup> David Byrne-Favoriser la santé de tous – Processus de réflexion pour une stratégie européenne en matière de santé

## ZICH AMBITIEUZE DOELEN OP MIDDELLANGE EN OP LANGE TERMIJN DURVEN STELLEN

De belangrijkste politieke uitdaging bestaat erin om een bredere strategische visie te ontwikkelen.

Om een geheel van doelstellingen voor de lange termijn te bepalen.

Om een verplicht systeem op poten te zetten om de impact na te gaan op de solidariteit of op andere voorafbepaalde criteria.

Hierdoor kunnen de sterke punten van het gezondheidssysteem in de verf worden gezet zonder af te zien van de invoering van de noodzakelijke toekomstige veranderingen.

Het European Observatory On Health Systems<sup>68</sup> toont aan dat de grootste politieke uitdaging eruit bestaat een bredere strategische visie te ontwikkelen. Tot op vandaag hebben de meeste landen genoeg genomen met het realiseren van punctuele en incrementele hervormingen. Het grootste gevaar van deze benadering is dat het resultaat van deze incrementele maatregelen op de fundamenten van het gezondheidssysteem niet geëvalueerd worden.

We moeten voor het gezondheidssysteem **een geheel aan doelstellingen op lange termijn bepalen** die coherent zijn met de huidige doelstellingen en organisatie en die een leidraad vormen voor de noodzakelijke incrementele hervormingen over een lange periode. De voorstellen voor specifieke hervormingen kunnen dan geëvalueerd worden in functie van hun waarschijnlijk strategisch impact op lange termijn. Voor hun invoering kunnen er aanpassingen aangebracht worden aan de omschrijving of aan de uitvoering van deze maatregelen. Dit proces garandeert dat de veranderingen op korte termijn en met een beperkte impact samenvallen met de strategische doelstellingen op lange termijn.

Een tweede interessant concept dat door dit rapport gesuggereerd wordt, is een **verplicht evaluatiesysteem van de impact op de solidariteit of op andere, voorafbepaalde criteria** op te maken. Men kan dit concept afstemmen op het milieueffectenrapport. Het gaat erover te garanderen dat geen enkele technische maatregel kan aangenomen worden zonder er de impact op het gehele gezondheidssysteem van te meten. Het invoeren van deze twee concepten geeft de besluitvormers de gelegenheid de krachtlijnen van het gezondheidssysteem te benadrukken zonder de introductie van de noodzakelijke toekomstige veranderingen op te geven. Dit laat toe een grotere dynamiek te creëren in een systematische reflectie over de noodzakelijke hervormingen. Het garandeert dat de basiswaarden van het systeem waaraan men gehecht is, versterkt zullen worden.

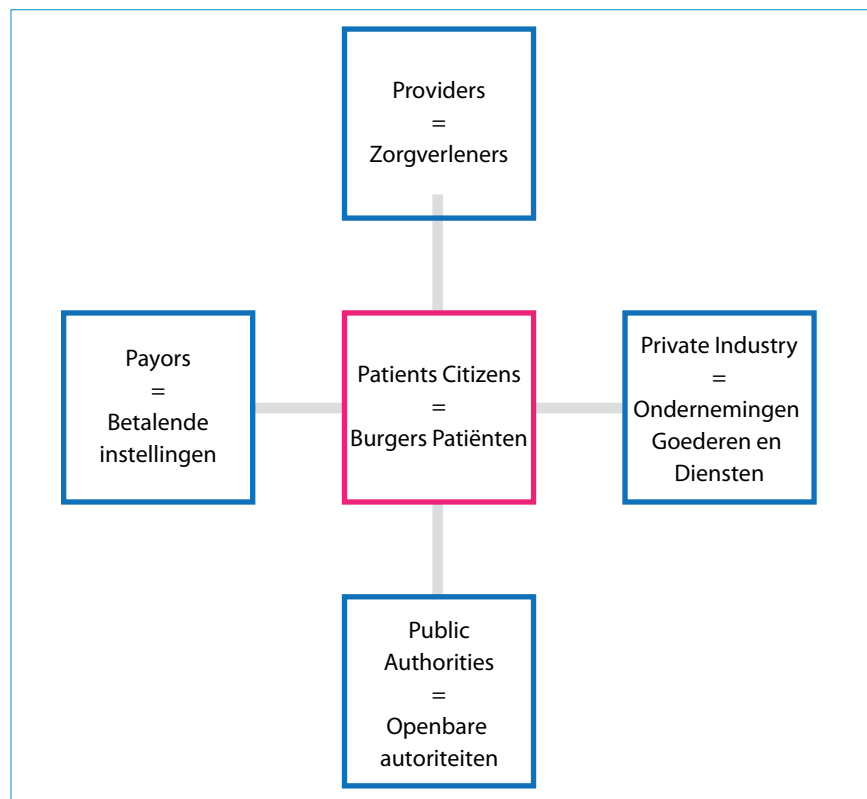
<sup>68</sup> Social health insurance systems in Western Europe – European Observatory On Health Systems

## DE ACTOREN MOBILISEREN BINNEN EEN POSITIEVE DYNAMIEK

De actoren zijn vragende partij.

De actoren van het Belgisch gezondheidssysteem die we ontmoet en geraadpleegd hebben, zijn vragende partij voor een middellange en lange termijn reflectie. Of het nu gaat over medisch directeurs of algemeen directeurs in de ziekenhuizen, vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de privéverzekeraars, universiteitsprofessoren of vertegenwoordigers van de industrie, het credo is identiek: we wensen ons te engageren in een middellange en lange termijn reflectie.

De gelegenheid is er, de motivatie ook. Nu moet men enkel nog het startschot geven, namelijk de positieve dynamiek creëren door de vijf sleutelpartners van de sector samen te brengen:



Men moet de moed hebben om alle actoren samen te brengen voor een gemeenschappelijk denkproces.

Bij dit initiatief mag men vooral niemand vergeten.

Aan de hand van een aantal eenvoudige indicatoren meten hoe we evolueren naar de doelstellingen die we onszelf gesteld hebben.

Een discussieplatform creëren dat deze actoren samenbrengt om na te denken over de hervormingen die men moet doorvoeren en over de nieuwe oplossingen die men moet bedenken, biedt een ongelooflijke kans om de nodige creativiteit te garanderen terwijl men toch de basiswaarden van ons gezondheidssysteem respecteert: kwaliteit en toegankelijkheid. Naast de nationale componenten, zal dit discussieplatform ook voordeel kunnen halen uit de Europese en internationale ontwikkelingen en best practices.

**Zoals het rapport van de Koning Boudewijn Stichting<sup>69</sup> het onderstreept, is het binnen dit initiatief belangrijk niemand te vergeten, en in het bijzonder de burgerspatiënten, de privéverzekeraars en de veldwerkers niet.**

## ZORGEN VOOR STURING EN OPVOLGING

Als we gebruik maken van de zeer omvangrijke massa gegevens die binnen ons gezondheidssysteem verzameld is, kunnen deze middellange termijn en lange termijn doelstellingen, van zodra ze in consensus bepaald zijn, het voorwerp uitmaken van een regelmatige opvolging.

Tegenwoordig hebben we systematisch een achterstand of zijn we zelfs afwezig in de internationale vergelijkingen, en dit terwijl we ons eind de jaren negentig in de spits bevonden. We kunnen echter heel snel onze vroegere positie in het koppeloton van de meest actieve landen terug innemen.

Door middel van een aantal heel eenvoudige indicatoren, van waarschuwingssignalen en van boordtabellen zullen we heel precies kunnen weten hoe we evolueren in de richting van de doelstellingen die we ons gesteld hebben.

<sup>69</sup> Gezondheidszorg en gezondheidsbeleid: beter mét patiëntenparticipatie, Stichting Koning Boudewijn, Juni 2008



## VOORSTEL

### **Alle actoren betrekken in een positieve dynamiek**

Iedereen die een rol speelt in het gezondheidssysteem of die daarvoor in aanmerking komt, wordt beïnvloed door zijn perceptie van de toekomst. Wanneer dat beeld van de toekomst eerder negatief is, dan zal dit aanleiding geven tot rekruteringsproblemen en tot een tanende motivatie op het terrein.

In een wereld waarin de berichtgeving dikwijls pessimistisch van aard is, hebben wij nu de mogelijkheid om een echt ambitieus, positief en dynamisch veranderingsproject te realiseren. De sector biedt reële toekomstmogelijkheden op het terrein, in de ziekenhuizen, de mutualiteiten, de verzekeringsmaatschappijen, de industrie, de federale en de regionale overheden.

**Quick win: op basis van het gezondheidsforum (Aanbeveling 2) en op basis van het werk van de cel (Aanbeveling 9) een naam voor het project kiezen (bv. Gezondheid 2050) en een goede communicatie voeren rond een echt, dynamisch en gedurfd project.**

### **Zorgen voor de sturing en de opvolging**

Er worden ook nu reeds enorm veel gegevens verzameld op het terrein (bv. MKG - Minimale Klinische Gegevens en MVG - Minimale Verpleegkundige Gegevens), maar deze gegevens worden niet of nauwelijks voor andere dan louter financiële doeleinden gebruikt. Wij stellen voor om systematisch al deze gegevens te gebruiken zodat we exact weten hoe we evolueren naar de doelstellingen die we hebben bepaald: er moeten heel eenvoudige maatstaven komen, knipperlichten, boordtabellen, enz.

**Quick win: de permanente opvolging en evaluatie van het project en van de ondernomen acties moet worden toevertrouwd aan een onafhankelijke instelling die nationale en internationale erkenning geniet**







DEEL 4

**ONZE**

**VOORSTELLEN**



## EEN GROTE UITDAGING VOOR DE TOEKOMST

De duurzaamheid van ons gezondheidssysteem verzekeren. Onder dit duurzaam gezondheidssysteem verstaan we « een gezondheidssysteem dat erin slaagt de kosten te beheersen en een rechtvaardige toegang tot een goede zorgverlening mogelijk maakt ».

## EEN NIEUWE VISIE

1. **Zich rekenschap geven van de enorme uitdagingen** die ons in de 21<sup>ste</sup> eeuw te wachten staan en inzien dat een verhoging van het budget een onvoldoende antwoord biedt en bovendien in de toekomst niet langer houdbaar zal zijn. Deze uitdagingen moeten op wetenschappelijke wijze worden gemeten en geobjectiveerd.

Quick win: oprichting van een dienst voor voortdurende evaluatie, gecoördineerd door de FOD Volksgezondheid en door het RIZIV, met als opdracht om de ontwikkelingen waaraan we ons in de komende dertig jaar mogen verwachten te identificeren en te kwantificeren.

2. **Een veel bredere visie op de gezondheid ontwikkelen** die zich niet louter beperkt tot het genezende aspect of tot de kosten die de overheid draagt, maar die rekening houdt met het welzijn van de bevolking in al zijn dimensies. Dit houdt in dat men het traditionele actieterrain van het gezondheidsbeleid moet uitbreiden van de zorgverstrekkers en de overheid naar de burgers-patiënten, de ziekenkassen, de private verzekeraars en de leveranciers van goederen en diensten. Al deze actoren moeten worden beschouwd als essentiële drijvende krachten achter de veranderingen en moeten worden betrokken bij het denkproces en bij de acties.

Quick win: jaarlijks overlegforum « Gezondheid 2050 » dat door de overheid wordt gesteund en dat alle actoren uit de wereld van de gezondheid samenbrengt: de overheid, de burgers-patiënten, de zorgverstrekkers, de private verzekeraars, de leveranciers van goederen en diensten, de verenigingen.

- 3. De gezondheidssector als een groeipool beschouwen** in plaats van uitsluitend als een kostenplaats. Er werken vierhonderdduizend mensen in de gezondheidssector, die hiermee een prominente plaats inneemt op het vlak van de tewerkstelling, van toegevoegde waarde voor steden en regio's en van de aankoop van goederen en diensten.

Quick win: een onderzoekscentrum (het KCE bijvoorbeeld) belasten met het voortdurend en in real time meten van de tewerkstelling en van de toegevoegde waarde van de sector. Tot op vandaag bestaan er geen geconsolideerde cijfers; de eerste oefening die wij hebben gedaan is zeer arbeidsintensief geweest.

## DUIDELIJKE DOELSTELLINGEN

- 4. Voortbouwen op de sterke kanten** van ons systeem zonder ze als een excuus te gebruiken om niet te hoeven handelen. De doelstellingen en de grondslagen van ons gezondheidssysteem duidelijk herbevestigen: vrijheid van keuze, toegankelijkheid, dynamiek van het systeem. Parallel hieraan, elke burger-patiënt voldoende informatie verschaffen opdat hij van deze sterke kanten gebruik zou kunnen maken. Vrijheid van keuze heeft immers slechts zin wanneer men terdege geïnformeerd is.

Quick win: naar het voorbeeld van Frankrijk, de publicatie in de pers en/of op gespecialiseerde websites toelaten van gegevens m.b.t. de sterke kanten per specialiteit van de ziekenhuizen, m.b.t. hun succes in de strijd tegen ziekenhuisinfecties ...

## 5. De kosten van de gezondheidszorg beter onder controle houden

De uitgaven voor de gezondheid groeien exponentieel. In 1985 bedroegen ze nog 7% van het BBP ; nu bedragen ze al meer dan 10%. Zoals het Planbureau aangeeft, moeten deze uitgaven in het algemeen beter beheerst worden. Deze betere kostenbeheersing is nodig om een halt toe te roepen aan het steeds groeiende aandeel van de gezondheidszorg in het totaal van de uitgaven voor de sociale zekerheid: in 1980 bedroeg dit aandeel nog 23%, in 2006 was het reeds gestegen tot 36%

Er moet met name veel aandacht worden besteed aan de stijging van het aandeel in de kosten van de burger-patiënt zelf dat op tien jaar tijd met ongeveer 30% is gestegen. In die periode zijn de kosten die rechtstreeks worden gemaakt door de patiënt of die door de private verzekeraars worden vergoed, toegenomen van 21% tot 28%.

Quick win: een dienst oprichten die het aandeel in de kosten van de patiënt moet bewaken en die mogelijkheden tot verbetering moet opsporen.

## 6. De kwaliteitsdoelstelling krachtig herbevestigen

Tot nog toe is men ervan uitgegaan dat het zou volstaan om voldoende middelen ter beschikking te stellen opdat de kwaliteit zou verzekerd zijn. De internationale vergelijkingen spreken echter in het nadeel van België en tonen aan dat deze regel niet opgaat.

We kunnen opnieuw aansluiting vinden bij de kopgroep van 's werelds beste gezondheidssystemen als we een globale aanpak ontwikkelen die de kwaliteit verzekert. Als we de stelling willen hard maken dat we « 's werelds beste gezondheidszorg » hebben, dan moeten we - zoals het KCE beklemtoont - de gegevens met betrekking tot de kwaliteit verzamelen, meten, controleren en ter beschikking stellen.

Deze nieuwe prioriteit zal de dynamiek van het systeem versterken en zal de patiënt in staat stellen om beter gefundeerde keuzes te maken.

Quick win: erkenningsprocedures invoeren, daarbij gebruik makend van alle ervaringen en alle handleidingen die in Europa beschikbaar zijn.

### **7. Voor voldoende menselijke middelen zorgen, zowel in aantallen als in kwaliteit**

De toekomst heeft nood aan voldoende apothekers, verzorgenden, medisch en verpleegkundig personeel die hun motivatie putten uit hun taken en uit hun werkomgeving. Alle medische en paramedische beroepen dreigen met een tekort te worden geconfronteerd. Wij bevelen een debat ten gronde aan over de waardering van deze beroepen en over de noodzakelijke ontwikkeling van de functies, wat moet uitmonden in een aanpassing van het juridisch kader van deze beroepen.

Quick win: afschaffing van elke vorm van quota's en oprichting van een task force die de evolutie van het wettelijk kader van de verschillende gezondheidsberoepen in goede banen moet leiden.

### **8. De preventie van onder het stof halen**

Amper 0,1% van de begroting gaat naar de preventie. Dit komt neer op, zegge en schrijve, 29 euro per Belg per jaar. Dit is belachelijk laag. Als we nu niet in preventie investeren, zal het probleem van de zwaarlijvigheid een catastrofale omvang aannemen voor de generaties na ons. Dit zal zijn weerslag hebben op de openbare financiën in de toekomst. Investeren in preventie houdt in dat er een daadkrachtig beleid moet worden ontwikkeld waarbij de gewestelijke en de federale overheden op dezelfde golflengte zitten.

Quick win: alvast minstens 88 miljoen euro extra besteden, om op het - weliswaar nog steeds te lage - Europese gemiddelde te komen. Er moet een aparte aanpak komen per aandoening om zo de risico's te verminderen op suikerziekte, hartziekten en kanker en om een onevenwichtige voeding, een te zittend leven en roken tegen te gaan.

### **9. Een plan opstellen voor de middellange en lange termijn**

Met een korte termijn analyse en een korte termijn visie zal men de uitdagingen van de 21<sup>ste</sup> eeuw niet de baas kunnen. Men moet afstappen van de logica van de begroting voor één jaar en van de strikt verticale toewijzing van de middelen. Deze nieuwe visie vereist een task force die er zeer expliciet de verantwoordelijkheid voor krijgt.

Quick win: de uitstekende kennis en de soms vergeten talenten die in de administratie bestaan samenbrengen om een ambitieus maar realistisch plan op te stellen van de doelstellingen die worden nagestreefd en van de middelen die daarvoor moeten worden ingezet en dat op een termijn van vijf jaar, tien jaar en twintig jaar. Deze cel kan zich in haar opdracht laten bijstaan door onafhankelijke experts van de bestaande drukkingsgroepen.

## DOELGERICHTE ACTIES

### 10. De derde golf van het gezondheidsbeleid ontwikkelen

Na de ongebreidelde verhoging van de kwaliteit, zonder bekommernis om de ingezette middelen, tot aan het begin van de jaren '80, gevolgd door de absolute voorrang aan de begrotingscontrole van 1982 tot 2008, is nu de tijd aangebroken om nieuwe maatregelen te bedenken die streven naar een echte verbetering van de gezondheidstoestand binnen de perken van het toegestane budget. Gewoon meer geld uitgeven staat immers niet per definitie gelijk met een betere kwaliteit van de zorgen.

Quick win: een echt maatschappelijk debat over de grond van de zaak durven aangaan, zonder taboes: de grenzen van de interventie van de overheid en van de privé-sector, de ontwikkeling van de financieringsbronnen, de rol en de betrokkenheid van de private verzekeraars ...

### 11. Drempels van activiteitsgraad bepalen

Er wordt algemeen aangenomen dat de kwaliteit en de resultaten van chirurgische ingrepen recht evenredig zijn aan het aantal behandelde gevallen en aan de ervaring die de artsen en verplegers bij elk type interventie opdoen. In veel gevallen wordt het minimum aantal ingrepen – bepaald volgens internationale normen – evenwel niet gehaald. Men kan twee maatregelen nemen: ofwel per activiteit minimumnormen opleggen aan elk ziekenhuis, ofwel de burger-patiënt klaar en duidelijk informeren over het aantal ingrepen dat elk ziekenhuis uitvoert.

Quick win: borstkanker. Op een afzonderlijke website de MKG gegevens (Minimale Klinische Gegevens) tonen die beschikbaar zijn m.b.t. het aantal chirurgische ingrepen die elk ziekenhuis bij borstkanker uitvoert. Deze gegevens moeten vergezeld worden van het volgende commentaar: « De internationale EUSOMA normen stellen dat operatieteams die jaarlijks minder borstkankeroperaties uitvoeren, te weinig ervaring opdoen om een optimale kwaliteit te bereiken ».

## 12. Een gecoördineerde aanpak van de gezondheidszorg ontwikkelen

Tot op vandaag handelt elke speler in de gezondheidsketen individueel. Hij behandelt « zijn » patiënt zonder dat er van een echte coördinatie sprake is. Niemand is officieel verantwoordelijk voor coördinatie, laat staan dat iemand ervoor vergoed wordt. Men kan geleidelijk aan voor elke ziekte een geïntegreerde aanpak invoeren die alle schakels van de keten omvat. Hierbij begint men best met die ziekten waarvan de coördinatievoordelen, zowel de louter financiële als die op het vlak van de kwaliteit, het meest tastbaar zijn.

Quick win: een coördinatiefunctie in het leven roepen die men werkelijk en officieel toewijst op basis van een functieomschrijving en een ad hoc verloning.

## 13. Alle gezondheidswerkers opleiden tot hun nieuwe rol

Artsen, apothekers, verplegers en verzorgenden zullen in de 21<sup>ste</sup> eeuw beter en meer werk leveren. Hun dagelijks werk gaat immers nieuwe dimensies krijgen: zorg voor het beleid, een veel nauwere samenwerking en coördinatie met hun gelijken, het delen van kennis en van functies, het gebruiken van alle mogelijkheden die de informatica hen biedt, een rol als preventieadviseur en als raadgever in het algemeen, steeds met de lange termijn voor ogen. De organisaties zullen er zich moeten op instellen om het tot stand komen van deze nieuwe functies te bevorderen. De individuen zelf zullen overeenkomstig moeten worden opgeleid.

Quick win: verplichte bijkomende opleidingen, die de nieuwe functies van de 21<sup>ste</sup> eeuw omvatten, moeten worden toegevoegd aan het cursuspakket van de artsen, apothekers en verplegers aan de universiteit of hogeschool.



#### **14. Een nieuwe rol durven toebedelen aan de ziekenkassen, de private verzekeraars, de ziekenhuizen en de burgers-patiënten**

De ziekenkassen en private verzekeraars mogen niet langer loutere terugbetalingsinstellingen zijn. Ze moeten de patiënten raad geven en voorlichten; ze moeten samenwerken met de zorgverstrekkers met het oog op de verbetering van de kwaliteit en ze moeten actief deelnemen aan de coördinatie.

De ziekenhuizen moeten worden aangespoord om zich te specialiseren en om veel meer samen te werken met de eerstelijns geneeskunde en met de thuisverzorging.

De burger-patiënt moet worden gestimuleerd om zich als een verantwoordelijke consument te gedragen. Hiervoor is nodig dat hij beter op de hoogte is van de kosten en van de keuzen die hij maakt. Ook moeten de patiëntenverenigingen echt een adviserende en ondersteunende rol krijgen.

De industrie betrekken bij het informatieproces, bij het consultatieproces of bij het samen zoeken naar oplossingen.

Quick win: zich ten gronde buigen over de ontwikkeling van de rol van deze verschillende actoren en hen aansporen tot het ontwikkelen van erkende websites en call centers. Doelstelling: de verspreiding van kwalitatieve informatie stimuleren, die zich onderscheidt van de onbetrouwbare of gekleurde massa-informatie die op het internet beschikbaar is.

#### **15. Nieuwe incentives uitdokteren**

De nomenclatuur voor de terugbetaling van medische prestaties zoals ze vandaag bestaat is niet bevorderlijk voor de samenwerking tussen de spelers, noch voor de visie op middellange of lange termijn, noch voor een globale aanpak van de ziekte. Iedereen handelt individueel, met enkel de korte termijn voor ogen en zonder algemene aanpak van de ziekte. Bovendien zijn er grote verschillen in de vergoeding van de verschillende medische disciplines, zonder dat dit echt gerechtvaardigd is.

Quick win: de nomenclatuur zo herzien dat ze de nieuwe dimensies weerspiegelt die onmisbaar zullen zijn in de toekomst

**16. De prioriteiten beter bepalen, gebruik makend van de beschikbare nationale en internationale analyses**

In ons Bismarckiaans systeem waar de beslissingen het resultaat zijn van de consensus tussen de verschillende drukkingsgroepen die elk voor hun eigen belangen opkomen, is het geen gemakkelijke oefening om de prioriteiten voor de toekomst te bepalen.

In Europa en daarbuiten bestaan er technieken en ervaringen om de beschikbare middelen optimaal toe te wijzen. Wij kunnen ze aanwenden en hoeven dus het wiel niet opnieuw uit te vinden. Ook in België zijn er interessante studies uitgevoerd, in het bijzonder door het Knowledge Centrum of Excellence. Van deze studies zou meer gebruik moeten worden gemaakt om ze in concrete beslissingen te vertalen.

Quick win: beter gebruik maken van de zeer goede studies van de hand van het KCE.

**17. Zeer gerichte en gecoördineerde acties ondernemen om de ongelijkheid inzake gezondheid te verminderen**

Een beleid om de toegang tot het gezondheidssysteem te vergemakkelijken is zeker nodig, maar dit volstaat op zich niet om de ongelijkheid inzake gezondheid te verminderen.

Daarvoor is er nood aan een nieuw soort beleid. Opdat dit zou slagen, moet er aan twee voorwaarden worden voldaan. Ten eerste moet men gerichte acties ondernemen en dus geen acties die zich tot iedereen richten en die waarschijnlijk vooral die mensen zullen sensibiliseren die sowieso al minder risico's lopen. Daarnaast moet men de verschillende acties op elkaar afstemmen in plaats van geïsoleerde acties te ondernemen.

Quick win: een programma dat specifiek de zwaarlijvigheid bij kinderen van 6 tot 12 jaar aanpakt en dat daarbij zowel aandacht schenkt aan evenwichtige voeding als aan lichaamsbeweging en aan andere aspecten.

**18. Meer investeren in de gezondheidsinformatica**

Algemeen gesproken liggen de informatica-investeringen in de gezondheidssector lager dan in de andere sectoren: hooguit 3% tegenover 4-5-6 %. Nochtans zijn er zowel in België als in het buitenland voldoende oplossingen en successtory's

van vooruitstrevende toepassingen in alle domeinen. We zouden deze oplossingen op een grotere schaal moeten toepassen met het oog op een verbetering van de kwaliteit, de preventie en de informatie, een vermindering van de kosten en de ontwikkeling van een gecoördineerde aanpak voor elke ziekte.

Quick win: ruimschoots financiële en personele middelen vrijmaken om de regionale en subregionale initiatieven voor het delen van het medisch dossier te ondersteunen.

### **19. Alle actoren betrekken in een positieve dynamiek**

Iedereen die een rol speelt in het gezondheidssysteem of die daarvoor in aanmerking komt, wordt beïnvloed door zijn perceptie van de toekomst. Wanneer dat beeld van de toekomst eerder negatief is, dan zal dit aanleiding geven tot rekruteringsproblemen en tot een tanende motivatie op het terrein.

In een wereld waarin de berichtgeving dikwijls pessimistisch van aard is, hebben wij nu de mogelijkheid om een echt ambitieus, positief en dynamisch veranderingsproject te realiseren. De sector biedt reële toekomstmogelijkheden op het terrein, in de ziekenhuizen, de mutualiteiten, de verzekeringsmaatschappijen, de industrie, de federale en de regionale overheden.

Quick win: op basis van het gezondheidsforum (Aanbeveling 2) en op basis van het werk van de cel (Aanbeveling 9) een naam voor het project kiezen (bv. Gezondheid 2050) en een goede communicatie voeren rond een echt, dynamisch en gedurfd project.

### **20. Zorgen voor de sturing en de opvolging**

Er worden ook nu reeds enorm veel gegevens verzameld op het terrein (bv. MKG - Minimale Klinische Gegevens en MVG - Minimale Verpleegkundige Gegevens), maar deze gegevens worden niet of nauwelijks voor andere dan louter financiële doeleinden gebruikt. Wij stellen voor om systematisch al deze gegevens te gebruiken zodat we exact weten hoe we evolueren naar de doelstellingen die we hebben bepaald: er moeten heel eenvoudige maatstaven komen, knipperlichten, boordtabellen, enz.

Quick win: de permanente opvolging en evaluatie van het project en van de ondernomen acties moet worden toevertrouwd aan een onafhankelijke instelling die nationale en internationale erkenning geniet.

Door hier 20 concrete aanbevelingen te doen, tonen we aan dat ons land over schitterende kansen beschikt om de troeven van ons gezondheidssysteem te behouden en te versterken. Dit zal slechts mogelijk zijn als alle actoren de gemeenschappelijke intentie hebben om vooruit te gaan, zonder in zichzelf gekeerd te zijn, onbevooroordeeld en vooral zonder terughoudendheid tegenover de toekomst. Het creëren van een positieve dynamiek, van een wil tot veranderen die voortbouwt op alle menselijke middelen is de garantie op een kwaliteitsvol en voor iedereen toegankelijk gezondheidssysteem voor de komende generaties.

De ambitie en de hoop van dit rapport bestaat eruit een optimistische en reactieve reflectiebeweging op gang te brengen om de toekomst van ons gezondheidssysteem te waarborgen. Optimistisch, omdat we denken dat het niet te laat is en omdat we beschikken over alle voorwaarden om te slagen. Reactief, omdat we denken dat we dringend moeten reageren om te vermijden dat we een oncontroleerbare en ongewenste evolutie zouden moeten ondergaan.

Tijdens de komende maanden en jaren zullen we diepgaandere studies uitvoeren over de denkpistes die de in dit rapport, dat door de cel Gezondheid van het Itinera Institute ontwikkeld is, geïnitieerd werden. Alle commentaren, suggesties, interessante ervaringen, studies, artikels of gedachtewisselingen zijn welkom. Gelieve ze naar het volgende adres te sturen:

[françois.daue@itinerainstitute.org](mailto:françois.daue@itinerainstitute.org)



## Thema's Itinera

Armoede & ongelijkheid

Economie

Energie & milieu

Gezondheid

Migratie & integratie

Onderwijs & innovatie

Overheid & belastingen

Vergrijzing & pensioenen

Werk



De Belgische gezondheidszorg bezit verschillende belangrijke troeven, maar ligt vandaag onder vuur door de vele uitdagingen van de 21<sup>ste</sup> eeuw: de uitgavengroei, de ontwikkeling van chronische ziektes, de evolutie van leef- en consumptiepatronen, de vergrijzing, de technologische vooruitgang en nieuwe therapieën.

Het debat over ons gezondheidszorgsysteem is te vaak herleid tot een karikatuur van 'het beste systeem in de wereld'. Het Itinera Institute maakte een omvangrijke diagnose van de sterke en zwakke punten van ons systeem op basis van recente nationale en internationale studies en onder begeleiding van de meest gereputeerde experts uit de sector. Ook al zijn de uitdagingen talrijk, de diagnose toont aan dat het nog niet te laat is om te reageren, net omdat ons systeem zoveel troeven bezit. Indien we te laat reageren zijn we misschien niet meer in staat om de toegang en kwaliteit van onze zorg te waarborgen, en de kosten onder controle te houden. Om de toekomst van onze gezondheidszorg te garanderen, stelt het Itinera Institute een pakket concrete en innovatieve acties voor met de bedoeling een duurzaam gezondheidszorgsysteem op te bouwen.

Het Itinera Institute is een onafhankelijke denk- en doetank die wegen voor beleidshervorming naar duurzame economische groei en sociale bescherming identificeert en promoot, voor België en zijn regio's.

[www.aspeditions.be](http://www.aspeditions.be)

ISBN 978 90 5487 533 8



9 789054 875338