



## De Itinera Brainstorm

Een open reflectie van hervormingen, door deskundigen uit o.a. de politiek, het maatschappelijk middenveld, academici.

“keep the debate alive in 2012!”

## Le Brainstorm d'Itinera

Une réflexion ouverte sur des réformes sociétales par des experts politiques, de terrain ou du monde académique.

“keep the debate alive in 2012!”



## Voorwoord

Het Itinera Institute lanceert een out-of-the-box reeks met meer dan 100 verrassende voorstellen van een uiterst diverse groep van interne, maar vooral externe experts. Deze open reflectie is het resultaat van een grootschalige oproep naar originele hervormingen, voorgesteld door deskundigen uit de politiek, het maatschappelijk middenveld, academici en vele meer. Met deze verfrissende ideeën, hopen we ook in 2012 zoveel mogelijk het open debat in België en zijn regio's levendig te houden.

Dit document is nog maar het begin. Meer ideeën en informatie vind je op onze website [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

De auteurs verbinden zich enkel met hun eigen bijdrage en spreken volledig in eigen naam.

## Préface

L'Itinera Institute lance une réflexion "out-of-the-box" comprenant plus de 100 propositions étonnantes par un groupe d'experts divers, certains étant membres d'Itinera, mais la plupart venant d'horizons différents. Cette réflexion ouverte est le résultat d'un appel à grand échelle visant à rassembler des propositions de réformes originales et provenant d'experts politiques, du terrain ou du monde académique. Avec ces nouvelles idées, nous espérons maintenir le débat sur la Belgique et ses régions bien vivant en 2012.

Ce document n'est qu'un début. Vous trouverez encore plus d'idées et d'information sur notre site internet [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

Les auteurs ne sont bien sûr liés que par leur(s) propre(s) contribution(s) et ne parlent qu'en leur nom.



## Inhoud/Index

I.	Arbeidsmarkt	<i>Marché du travail</i>	3
II.	Pensioenen	<i>Pensions</i>	12
III.	Begroting & Belastingen	<i>Budget &amp; taxes</i>	19
IV.	Gezondheidszorg	<i>Soins de santé</i>	28
V.	Overheid	<i>Services publics</i>	45
VI.	Milieu	<i>Environnement</i>	54
VII.	Economische groei en onderwijs	<i>Croissance économique et éducation</i>	61
VIII.	Diversiteit en integratie	<i>Diversité et intégration</i>	69
IX.	Staatshervorming	<i>Réforme de l'Etat</i>	75



## IV. Gezondheidszorg - Soins de santé

De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen.

De vergrijzing, de toename van chronische ziekten en ongezonde levensstijl gepaard gaande met stress en obesitas leggen de noodzakelijk hervormingen in de zorgsector bloot.

Enkele experts uit het veld geven hun aanbevelingen op vlak van capaciteit, kwaliteit en betaalbaarheid van de Belgische gezondheidszorg.



*Les soins de santé font face à de gros défis.*

*Le vieillissement, l'augmentation de maladies chroniques et des modes de vie peu équilibrés se traduisant dans le stress et l'obésité rendent des réformes dans le secteur de la santé nécessaires.*

*Quelques experts de terrain nous donnent ici des recommandations concernant la capacité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé belges.*



## De sociale gezondheidskloof verkleinen als prioritaire gezondheidsdoelstelling

De sociale ongelijkheid nam in België de afgelopen decennia toe. Zeker inzake inkomensongelijkheid maar ook het onderwijs blijkt de sociale ongelijkheden veeleer te reproduceren dan ze te doorbreken. Deze ontwikkeling manifesteert zich eveneens op het vlak van gezondheid, waar de sociale ongelijkheid veeleer toeneemt dan afneemt. Zo heeft een hooggeschoolde vrouw op 25 jaar nog meer dan 47 gezonde levensjaren te verwachten, terwijl een vrouw zonder onderwijs het met 18 jaar minder moet stellen. Bovendien neemt de achterstand van de ongeschoolden op de hoogst geschoolden toe en mogen de ongeschoolden nu zelfs minder gezonde levensjaren verwachten dan in de jaren negentig. Het bestaan van een sociale gezondheidskloof is niet uniek voor België maar manifesteert zich in de meeste landen. De meeste EU-landen hebben een strategie ontwikkeld om de ongelijkheid in gezondheid terug te dringen maar België tot dusver nog niet.

Naar analogie met de gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse regering dient (het wegwerken van de) sociale gezondheidskloof als nieuwe officiële gezondheidsdoelstelling geformuleerd en opgenomen te worden binnen het gezondheidsbeleid, zowel federaal als op het niveau van gemeenschappen en gewesten. Het dient hierbij te gaan om een specifieke, meetbare en uitvoerbare doelstelling die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moet worden en waarvoor de desbetreffende overheid de expliciete aansprakelijkheid draagt. De onmiddellijke aanpassing van het statistisch instrumentarium om de gezondheidstoestand van de bevolking te meten, naast het bijeen roepen van een gezondheidsconferentie van alle betrokken stakeholders vormen hierin een belangrijke randvoorwaarde.



**Yvo Nuyens**

Professor emeritus  
gezondheidsbeleid  
KULeuven, Universiteit  
Antwerpen, voormalig  
programmadirecteur  
Wereldgezondheids-  
organisatie





**Dirk Broeckx**

Voormalig secretaris-generaal Algemene farmaceutische bond (APB), oprichter [www.de7de.be](http://www.de7de.be)

## Kwaliteit incentives (Pay for Quality or Performance)

Doelmatigheid of kosteneffectiviteit is mikken op “value for money”. Een algemeen ondersteunde focus op kwaliteit en geschikte incentives vormen de motivatie om doelmatig werken aan te moedigen.

In een “value for money” benadering kan “Value” de vorm aannemen van de kwaliteit van de geleverde zorg, hetzij door het beschikken over optimale kwalificaties, opleiding, uitrusting, infrastructuur, toegankelijkheid, enz., hetzij door het respecteren van afgesproken of vastgelegde zorgprotocollen, taakafspraken of coördinatie van de zorg. Men dient hiervoor in onderling overleg enerzijds structuurindicatoren en anderzijds procesindicatoren te bepalen.

“Value” kan ook de vorm aannemen van “performance”, namelijk therapeutische resultaten, gemeten als vermeden ziektedagen of gezondheidszorgen (zoals urgentie-interventies of hospitalisaties) of als de productie van extra gezonde levensjaren. Hiervoor dient men outcome-indicatoren bepalen. Omdat therapeutische resultaten – zeker in individuele gevallen – van veel dingen kunnen afhangen, worden outcome-indicatoren meestal als minder haalbaar of motiverend beschouwd. Door resultaten echter te bundelen per regio (bv. arrondissement) en ze eerder relatief dan absoluut te beoordelen (door bijvoorbeeld de onderlinge vooruit- of achteruitgang van een regio tegenover de anderen als maatstaf te nemen) kunnen ze echter wel werken.

Om incentives te kunnen geven voor kwaliteit dient alleszins een waaier van realistische en haalbare structuur-, proces- en outcome indicatoren (cfr. KCE Rapport) te worden bepaald in overleg met de zorgverstrekkers. Deze moeten tastbaar, meetbaar en tegenstelbaar zijn, dit wil zeggen ze 1. gedefinieerd moeten worden zodat ze zichtbaar zijn voor de patiënt of de ziekteverzekering, 2. zodat de mate van het realiseren van de indicator “meetbaar” is en 3. zodat de vergoeding die er tegenover staat gekoppeld worden aan het realiseren van de gewenste kwaliteit.

Het verzamelen van de nodige gegevens waarop de indicatoren en het bereikte resultaat berekend worden moet maximaal worden “ingebouwd” in de normale administratieve handelingen. Dit moet ingebouwd worden in de software toepassingen die de zorgverstrekker gebruikt. Het verzamelen en verwerken van deze gegevens zal steeds



een gevoelig punt blijven, omwille van privacy en beroepsgeheim, maar ook omdat de resultaten confronterend kunnen zijn voor de zorgverstreker(s). Daarom moet deze opdracht toevertrouwd worden aan een structuur waarin de zorgverstrekkers het grootst mogelijke vertrouwen hebben.

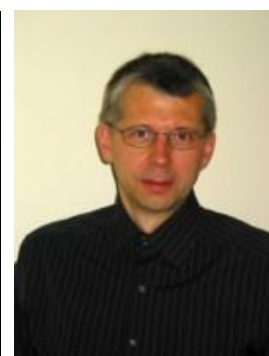
De gebruikte kwaliteitsindicatoren dienen op zich doelgericht en doelmatig (kosteneffectief) te worden gekozen: met welke (kleinste) inspanningen kan de grootste winst of verbetering geboekt worden op vlak van kwaliteit en gezondheid?

Bij het bepalen van incentives moet breder gedacht worden dan alleen geld. Het verlichten van administratieve lasten kan bijvoorbeeld een middel zijn dat tijdswinst levert voor de zorgverstreker, zonder geld te kosten aan de overheid (want allicht levert het verminderen van de noodzakelijke opvolging en controle er op door de overheid nog een extra besparing).

## Een toegankelijke, kwaliteitsvolle en patiëntgerichte gezondheidszorg

Bij internationale vergelijkingen rond organisatie van de gezondheidszorg, valt op dat België vooral gekenmerkt wordt door een "hospitalocentrisme" in de gezondheidszorg. Dit betekent dat de concentratie van de middelen, maar ook de aansturing van de zorg, gebeurt vanuit de specialistische geneeskunde en de ziekenhuizen. Een typische illustratie vormt het feit dat, wanneer men projecten doet rond "vermaatschappelijking" van de zorg, dit gebeurt met middelen onder regie van de ziekenhuizen.

In 2008, heeft de Wereldgezondheidsorganisatie in haar rapport "[Primary health care: now more than ever!](#)" aangegeven dat een performant gezondheidszorgsysteem moet uitgaan van een brede, toegankelijke, generalistische eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betekent dat men vertrekt vanuit een eerste lijn, waar gezondheidsdiensten en diensten die met welzijn bezig zijn, samenwerken om een grote bandbreedte op het vlak van opvang van problemen rond welzijn en gezondheid te realiseren via toegankelijke multidisciplinaire teams. Deze teams ageren niet alleen reactief (een flexibele en snelle respons op problemen, met bijzondere aandacht voor een goede opvang van urgente problemen), maar zetten vooral in op proactief



**Jan De Maeseneer**  
Professor Huisarts-  
geneeskunde en  
Eerstelijnsgezondheids-  
zorg UGent



beleid met aandacht voor preventie en geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, met bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg. Wat betreft de huisartsgeneeskunde, vraagt dit om nieuwe praktijkvormen, met schaalvergroting en kans tot taakdelegatie, en met een financiering waarbij het aandeel van de financiering "per patiënt" (momenteel 80%) toeneemt en het aandeel van de financiering "per prestatie" afneemt. Patiënten kiezen vrij om zich vast in te schrijven bij een eerstelijnspraktijk, waar geen "remgeld" wordt gevraagd (men moet het meest kosteneffectieve niveau van gezondheidszorg niet afremmen en de patiënt stimuleren om eerst naar de eerstelijnsgezondheidszorg te gaan). Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat meer dan 90% van de problemen die zich aanmelden op de eerstelijns ook daar kunnen worden aangepakt. Wanneer noodzakelijk, kunnen vanaf de eerstelijns, gespecialiseerde trajecten starten (zowel in de welzijnszorg, als in de gezondheidszorg b.v. via verwijzing naar een specialist) om specifieke problemen aan te pakken.

Wat de belangrijkste uitdaging van de 21ste eeuw betreft, de aanpak van chronische ziekten, wordt het huidige systeem van ziektegerichte "zorgtrajecten", waarbij telkens één bepaalde ziekte wordt aangepakt, vervangen door een maximale inzet op een geïntegreerde opvang in de eerstelijns via een paradigmashift van een "probleemgeoriënteerde" naar een "doelgerichte zorg", waarbij de doelstellingen in belangrijke mate door de patiënt worden geformuleerd. De tweede lijn stelt zich hierbij ondersteunend en adviserend op en houdt zich intensief bezig met de complexe situaties die bijzondere expertise vragen. Dit is ook de enig werkbare manier om ervoor te zorgen dat patiënten met meerdere chronische aandoeningen (wat boven de leeftijd van 75 jaar eerder de regel dan de uitzondering zal zijn), op een zinvolle manier kwaliteitsvol benaderd worden en te vermijden dat zij terecht komen in afzonderlijke, vaak contradictorische "disease management" programma's. Maatschappelijk is dit ook een manier om te vermijden dat we meer en meer afglijden naar een "inequity by disease", waarbij patiënten toegang krijgen tot terugbetaalde zorgpakketten, via een "diagnose-ticket". Het huidige "Kankerplan" in België illustreert het risico op ongelijke behandeling (wie vandaag halfzijdig verlamd is door een hersentumor, wordt met meer middelen omkaderd, dan wie halfzijdig verlamd is door een andere aandoening).

Een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg moet gepaard gaan met een duidelijke **taakdifferentiatie** in de specialistische zorg tussen de tweede lijn en de topreferentie en topklinische zorg in de derde lijn.





Op deze manier kan men bijdragen tot een gezondheidszorg die relevant is, toegankelijk, sociaal rechtvaardig, kwaliteitsvol, kosteneffectief, duurzaam, georiënteerd op de patiënt en de bevolking en innovatief.

- Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.
- Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int Journal for Equity in Health* 2011; 10: 15.



**Marleen Temmerman**

Gewoon  
hoogleraar UGent,  
diensthoofd  
Gynaecologie-  
Verloskunde UZ Gent,  
voorzitter SP.A-  
Senaatsfractie

## Gezondheidszorg moet kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar zijn voor iedereen

In weinig andere landen dan België zijn mensen zo tevreden over hun gezondheidszorg. Onze wettelijke ziekteverzekering waarborgt een ruim pakket aan zorg van goede kwaliteit, zonder wachtlijsten voor het merendeel van de zorgen en aan een redelijke prijs voor de meeste landgenoten/inwoners van ons land .

Toch kan een en ander beter, ook bij ons. Regelmatig overschrijden immers de uitgaven in gezondheidszorgsectoren de voorziene budgetten en fundamentele structurele bijstellingen dringen zich op. De huidige sterke groei van de gezondheidsuitgaven is voor een groot deel verantwoorde groei. Investeren in meer gezondheid levert op zich trouwens meer welvaart op. Ook moet de vergrijzing niet noodzakelijk als een probleem gezien worden maar als een succes van de welvaarts-groei, de goede sociale bescherming en de hoogstaande gezondheidszorg. Een stijging in de uitgaven van de gezondheidssector van 3-3.5% moet normaliter voldoende zijn, met indien de economie het toelaat, budget voor het aanleggen van een reserve, waarmee bepaalde projecten zoals bv de terugbetaling van de nieuwste, efficiëntere kankerbestrijdende therapieën.

De vraag is hoe we onze gezondheidszorg kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar houden in tijden van toenemende gezonde levensverwachting, innovatieve en dure technologieën en medicatie, en de nood aan meer en beter opgeleid personeel.

Van belang bij het nadenken over **kwaliteit en kosten-baten** in de gezondheidszorg zijn de volgende principes:



- ‘Evidence based’ werken waar mogelijk, volgens principes en richtlijnen die niet alleen kwaliteit van zorg garanderen maar ook de toets van effectiviteit en kosten-baten hebben doorstaan. Een belangrijke rol kan daarbij gespeeld worden door bv het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg. Het uitvaardigen van evidence-based richtlijnen kan echter alleen een impact hebben op het kostenplaatje als er ook financiële implicaties aan verbonden zijn.
- Verdere forfaitarisering van de terugbetaling van ingrepen, onderzoeken en therapieën, m.a.w. het verder uitwerken van enveloppes per zorgpad of pathologie zodat de zorgverstrekkers geresponsabiliseerd worden voor hun uitgaven.
- Een gezondheidszorg waarin de eerste lijn centraal staat met een beter uitgewerkte echelonering en aflijnen van taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgniveaus. Het Globaal Medisch Dossier is een eerste stap in de goede richting maar zou beter kunnen geïmplementeerd worden. Een verplichte inschrijving bij de huisarts- net zoals dat nu het geval is bij de mutualiteit kan meer verantwoordelijkheid geven aan de huisarts als coördinator en spilfiguur voor de zorgen van elke burger die bij hem/haar is ingeschreven.
- In werking stellen van zorgregio’s met duidelijke afspraken tussen eerste lijn, specialisten en ziekenhuizen.
- Betere financiering van de ziekenhuizen zodat de erelonen van de artsen niet meer moeten bepaald worden door het type kamer waar de patiënt verblijft (m.a.w. een keizersnede op een 1 persoonskamer mag niet meer kosten dan op een gemeenschappelijke kamer, de hotelfunctie wel).
- Betere planning van gezondheidsvoorzieningen zeker wat dure apparatuur betreft, gebaseerd op pathologie en noden van de bevolking.



## De hoge out-of-pocket uitgaven voor gezondheidszorg aanpakken

*Wanneer de patiënt minder zelf moet betalen, komt dit de toegankelijkheid van de gezondheidszorg ten goede en wordt de patiënt behoed voor onaangename financiële verrassingen.*

In België bedragen de private uitgaven voor gezondheidszorg € 9,2 miljard, hetzij 24,9% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Van de private uitgaven bedraagt het aandeel van aanvullende verzekeringen van ziekenfondsen of private verzekeraars slechts € 1,8 miljard. Dit betekent dat € 7,4 miljard out-of-pocket wordt betaald. Deze out-of-pocket uitgaven vormen 20% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, een cijfer dat aanzienlijk hoger ligt dan in onze buurlanden (bijvoorbeeld Nederland 5,7% en Frankrijk 7,3%) en zelfs dan in de V.S. (12,3%) (OESO, cijfers voor 2009).

De hoge out-of-pocket uitgaven leiden tot financiële en gezondheidsproblemen. Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat 14% van de Belgische gezinnen medische zorg moet uitstellen omwille van financiële redenen. In het jaarboek 2009 over armoede (Universiteit Antwerpen) wordt gesteld dat schulden als gevolg van gezondheidsuitgaven en van energiekosten, de voornaamste risicofactoren vormen om in de armoede terecht te komen.

### Ziekenfondsen en private verzekeraars: aanvullende diensten en verzekeringen ontwikkelen.

Hierbij kan Frankrijk als voorbeeld dienen voor België. In Frankrijk wordt 13,3 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg aanvullend verzekerd door ziekenfondsen en private verzekeraars terwijl dit in België slechts 4,8% is. Ongeveer acht miljoen Belgen hebben vandaag een hospitalisatieverzekering. De drie miljoen Belgen die nog geen hospitalisatieverzekering hebben, zijn te oud, te ziek of te arm om zich te verzekeren of kiezen er bewust voor om dit financiële risico zelf te dragen. Naast het toegankelijker maken van hospitalisatieverzekeringen, moet ook dringend meer aandacht worden besteed aan de private uitgaven voor geneesmiddelen, ambulante zorgverstrekkers en ouderenzorg. Hier kunnen ziekenfondsen en private verzekeraars nieuwe diensten en verzekeringen aanbieden.



**Piet Calcoen**  
Medisch directeur DKV



Bijvoorbeeld: van de € 5,9 miljard uitgaven voor geneesmiddelen in België, wordt € 3,6 miljard (61%) gefinancierd door de overheid en € 2,3 miljard (39%) out-of-pocket betaald. In Frankrijk wordt van de € 35,4 miljard uitgaven voor geneesmiddelen € 6 miljard (17%) out-of-pocket betaald en € 5,9 miljard (16,7%) via aanvullende verzekeringen (OESO, cijfers voor 2009).



**Lieven Annemans**  
Professor  
gezondheids-  
economie UGent,  
senior fellow Itinera  
Institute

## Voluit gaan voor preventie, in al haar facetten

Eén van de grote problemen in ons gezondheidssysteem – zoals in vele overigens – is de zwakke aandacht voor preventie. Verschillende studies geven aan dat goed doordachte preventie de ideale investering in gezondheid betekent en een hoeksteen vormt van een intelligent gezondheidsbeleid. Maar preventie is vandaag de achilleshiel van ons systeem: er wordt een schamele 1 Euro op 100 gezondheidseuro's aan preventie besteed. Het is bovendien een bevoegdheid voor de gemeenschappen, terwijl die tot dusver niet alle hefboomen in handen hebben om aan goede preventie te doen. We kunnen alleen maar hopen dat met de hervormingen in ons land de aandacht ervoor zal verbeteren.

Maar wat is goede preventie? In eerste instantie moet het duidelijk zijn dat preventie niet altijd beter is dan voorkomen. Soms is de doeltreffendheid van een mogelijk preventief programma gewoon te zwak of onbekend, of is de risico-batenverhouding ongunstig, zoals bij sommige vormen van screening. In een aantal gevallen is preventie ook helemaal niet kosteneffectief. Men zou bv. het jaarlijks uitvoeren van een EKG bij alle mannen van 40 jaar als een interessante preventie kunnen beschouwen, maar kosteneffectiviteitsstudies geven duidelijk aan dat de kleine winst aan levensverwachting niet opweegt tegen de investering. En toch moeten we veel meer investeren preventie – of beter “kosteneffectieve preventie”.

Dit vraagt ook een grotere aanwending van experts in gezondheidspromotie die net opgeleid zijn om de juiste technieken aan te wenden om mensen te overtuigen gezonder te leven.

Maar het belangrijkste is dat men beseft dat preventie verder gaat dan gezondheidspromotie en ziektepreventie. Alle facetten die een invloed kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking moeten erbij betrokken worden.



Schroeder (NEJM, 2007) geeft duidelijk aan dat, naast de genetische predispositie, het grootste deel van de vroegtijdige sterfte in onze samenleving niet alleen te wijten is aan slechte gedrag patronen, maar ook aan de maatschappelijke omstandigheden waarin men werkt of woont. Een voorbeeld: we kennen in Vlaanderen een record aantal zelfdodingen. Momenteel doen talrijke mensen hun best om via verschillende initiatieven er iets aan te doen. Maar het blijft dweilen met de kraan open, zelfs al hanteren we nieuwe en betere dweilen. We kunnen pas resultaat boeken als we iets te veranderen aan de visie op onze maatschappij, de omgeving waarin we leven, aan de verwachtingen die men aan de mensen stelt, de steun die men hen biedt via de buurt, de manier waarop we mekaar respecteren, .... Dat vraagt een grotere inzet op programma's van sociale cohesie, maar ook dat men bij beleidsmaatregelen in sectoren zoals milieu, verkeer, wonen en onderwijs systematisch over een gezondheidseffectenrapport zou moeten beschikken.

Tenslotte moeten preventie en genezing beter op elkaar afgestemd worden: zodra zich een vraag naar zorg voordoet, ook automatisch het preventieraderwerk in werking treedt en dat voorzieningen die zorg aanbieden, een actieve bijdrage moeten leveren aan ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

## Quality and Safety structureel integreren in de ziekenhuiswerking

De Belgische ziekenhuiszorg heeft tal van sterke punten en ons land hoort bij de koplopers inzake tevredenheid van de patiënten. We kunnen beschikken over goed opgeleide en gemotiveerde zorgprofessionals; de meest cruciale factor om elke dag kwaliteitsvolle zorg te realiseren. Er zijn vele ontwikkelingen, initiatieven, inzet en projecten in uitvoer die de dynamiek in de sector mooi illustreren.

De kwaliteit van de geleverde ziekenhuiszorg is wereldwijd een belangrijk thema. Als de kwaliteit goed is, kan ze misschien nog beter, zeker omdat er vele aspecten zijn in het kwaliteitsconcept: effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, toegankelijkheid, patiënt gestuurd en veiligheid. Continuïteit wordt daar vaak nog aan toegevoegd. Internationaal wordt het kwaliteitsbegrip vaak aangeduid als 'Quality and Safety (Q & S)', waardoor het belang van veiligheid onderstreept wordt. De verwachting vanuit Europa ten aanzien van



**Johan Hellings**

Afgevaardigd bestuurder ICURO, Koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners, deeltijds docent Universiteit Hasselt.





Q & S in de ziekenhuizen wordt steeds explicieter, vooral vanuit het perspectief van de rechten van de patiënt/zorgvrager. Het objectiveren van Q & S is echter niet

evident. In de organisatie van de Belgische ziekenhuiszorg zijn Q & S uiteraard aanwezig, maar nog te weinig geëxpliciteerd en daardoor ook nog te weinig geïntegreerd. De huidige ziekenhuiswetgeving, ziekenhuisfinanciering en financiering van de medische activiteiten in het ziekenhuis illustreren dit. De federale ziekenhuisbenadering is vandaag vooral thematisch (bv. kankerplan), organisatorisch (bv. zorgprogramma's) en projectmatig (bv. Q & S contracten met de ziekenhuizen), maar het globale systeem is te eenzijdig gericht op de activiteiten (prestaties) en het beheren van het budget. Het kwantitatieve discours overheerst in sterke mate de kwalitatieve valorisatie van goede zorg en er is weinig debat over een meer gebalanceerde benadering vanuit de verschillende kwaliteitsaspecten, waarbij de patiënt zelf een steeds actievere actor met expliciete verwachtingen zal worden.

De ziekenhuisverenigingen willen echter geen tijd meer verliezen. Ze hebben, mede op vraag van de FOD Volksgezondheid, het initiatief genomen om hierover een onderbouwde aanbeveling te formuleren, via de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Prof. dr. A. Vleugels (KUL en U Hasselt) maakte daarvoor een prima voorzet. Dit "advies aangaande integrale kwaliteit en patiëntveiligheid van de ziekenhuiszorg" werd voor de zomervakantie gefinaliseerd. Het werd overgemaakt aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid omdat het structureel integreren van kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuiswerking gebouwd zal moeten worden op de politieke wil om dit debat ten gronde en met topprioriteit te openen. Uiteraard vereist de uitwerking daarvan overleg en betrokkenheid met alle betrokkenen en het is geen gemakkelijke oefening, maar er is nood aan een stevig politiek startsein.

In Vlaanderen wordt in het Q & S domein in de ziekenhuizen ondertussen verder gewerkt vanuit drie, samenhangende invalshoeken. Ziekenhuizen ontwikkelen zelf initiatieven om een internationale ziekenhuisaccreditatie te verwerven. In een samenwerkingsverband met andere actoren wordt gewerkt aan het objectiveren van zorgresultaten via indicatoren, die tevens gekaderd zullen worden in maatschappelijke verantwoording.



Hierbij zijn er reeds mooie initiatieven die illustreren wat mogelijk is. In goede interactie met de Vlaamse overheid wordt gewerkt aan een nieuw toezichtmodel, mede gekaderd in de

wettelijke opdrachten van de betrokken agentschappen. De integratie en afstemming van het Q & S beleid vanuit het federale beleid met het gemeenschapsbeleid is voor de ziekenhuizen een evidente verwachting. We hopen dat het structureel inbedden van Q & S in de ziekenhuiswerking nu ook voor de federale minister een topprioriteit wordt. Het is hoog tijd voor een sprong voorwaarts.



**Alain De Wever**  
 Professeur en  
 économie de santé  
 ULB

## Assurer le cout-efficacité des nouvelles technologies médicales

L'évaluation de l'efficacité des nouvelles technologies médicales est encore de nos jours loin d'être satisfaisante tant sur le plan de l'efficience que de celui de l'utilité.

Seuls les médicaments font aujourd'hui l'objet de cette évaluation tant par leur enregistrement le plus souvent européen que lors de leur remboursement éventuel par l'assurance maladie.

Tant le petit matériel médical que l'équipement médical ne font pas aujourd'hui l'objet d'une évaluation formelle et organisée. L'assurance maladie a modifié un certain nombre de réglementations pour le petit matériel médical, les implants et le matériel invasif. Cette réglementation se rapproche progressivement de celle relative aux médicaments mais ne concerne pas le gros équipement d'anesthésie, de radiologie, de chirurgie etc.

Si des normes de sécurité européenne existent, il n'y a pas d'évaluation ni technologique, ni économique. L'instauration d'un «health technology assesment» (HTA) me paraît indispensable pour ces équipements chers et souvent mais pas toujours très efficaces.

Combien d'équipements médicaux à la mode jugés indispensables ont été peu utilisés ou à mauvais escient ?

Une réglementation européenne permettrait de créer un HTA basé sur une méthodologie acceptée par tous garantissant une utilisation plus judicieuse et mieux programmée de l'argent public destiné aux soins de santé.



## Gratis “geneesmiddelen check-up” voor iedereen die meerdere geneesmiddelen gebruikt

*Een samenwerking van arts en apotheker met hun patiënt zorgt voor gezondheidswinst en voor een efficiënter gebruik van de middelen.*

Geneesmiddelen nemen is niet eenvoudig. Vooral bij oudere, chronische patiënten die meerdere geneesmiddelen moeten nemen loopt het wel eens verkeerd. We weten dat er zowel overgebruik is als ondergebruik. Dubbelmedicatie, onverenigbaarheden en contra-indicaties zorgen voor heel wat geneesmiddelgebonden problemen. Nevenwerkingen en praktische problemen zorgen voor een gebrekkige therapietrouw. Allemaal oorzaken van slechte therapeutische resultaten en bijkomende behandelingen en kosten. We weten dat 5% van de ziekenhuisopnames gevolg zijn van verkeerd geneesmiddelengebruik en dat minstens de helft van deze opnames kunnen vermeden worden.

Een geneesmiddelen check-up voor een patiënt is een gestructureerd en kritisch onderzoek van zijn geneesmiddelengebruik met als doel een overeenkomst te maken voor een optimale behandeling met zo weinig mogelijk problemen en verspilling. Deze medicatiebeoordeling zorgt voor structuur en continuïteit van de zorg en een beter samenwerking tussen arts en apotheker. Vooral bij oudere patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen nemen is de gezondheidswinst aanzienlijk.

De apotheker is uitstekend geplaatst om een aanzet te geven. Hij verzamelt alle noodzakelijke gegevens voor een medicatiebeoordeling en bespreekt deze met de patiënt. Hij maakt een eerste analyse en bespreekt die met de arts. Hierbij kan ook aandacht geschonken worden aan goedkopere alternatieven. De arts past waar nodig de behandeling aan en bespreekt dit met de patiënt. Zowel arts als apotheker hebben later nog een opvolgesprek met de patiënt. Luisteren, overleggen, uitleggen en motiveren zorgen voor betere zorg voor de patiënt. De samenwerking van arts en apotheker zorgt voor het efficiënt gebruik van de beschikbare middelen.



**Filip Babylon**  
Voorzitter Algemene  
Pharmaceutische Bond



**Peter Degadt**  
Gedelegeerd  
bestuurder Zorgnet  
Vlaanderen

## Meer doen met minder: efficiëntiewinsten in de gezondheidszorg

In de gezondheidszorg kan flink bespaard worden zonder dat patiënten of zorgverstrekkers hiervan de dupe hoeven te worden:

- *Budgettaire orthodoxie in de verplichte ziekteverzekering:* de berekeningsbasis voor de groeicost dient herleid te worden tot de verwachte effectieve RIZIV-uitgaven van het vorige budgetjaar en dus niet langer gebaseerd op de begrotingsdoelstelling van het vorige jaar. Zo leiden de bestaande luchtballonnen in het budget van de verplichte ziekteverzekering niet meer automatisch tot bijkomende overheidsuitgaven.
- *Actualisatie nomenclatuur geneeskundige verzorging:* de herijking van de nomenclatuur dient te gebeuren op basis van de meerwaarde van de betrokken medische prestaties voor de individuele patiënt, de volksgezondheid en de verantwoordelijkheid en de beschikbaarheid van de arts, en dus niet langer op basis van de kosten van (afgeschreven) apparatuur, materiaal of zorg- en ondersteunend personeel.
- *Slimme inzet van schaars personeel:* nu is het zo dat er steeds een vaste equipe per dienst moet aanwezig zijn, ongeacht de bedbezetting. Het actualiseren van de personeelsnormen, door equipes niet langer te verplichten per dienst, maar wel op ziekenhuisniveau, is een nuttige strategie. Op die manier kan het aanwezige zorgpersoneel efficiënter ingezet worden op de afdelingen en diensten waar ze het meest nodig zijn.
- *Optimaal gebruik van de spoedgevallendienst:* de spoedgevallendienst is 24h/24h ter beschikking van de samenleving. Ziekenhuizen stellen meer en meer vast dat huisartsen tijdens weekends en 's nachts patiënten adviseren zich onmiddellijk tot de spoedgevallendienst te wenden. Het zou efficiënter zijn moest de taakverdeling tussen de huisartsen en de spoedgevallendiensten duidelijker afgebakend worden of dat er huisartsenwachtposten aan de spoeddiensten worden aangehecht.
- *Bestrijden van fraude:* Het is algemeen geweten dat er voor



bepaalde medisch-technische diensten een verschil bestaat tussen bijv. het aantal erkende toestellen en het reële aantal toestellen die worden uitgebraat. Het gebruik van niet-erkende toestellen of het uitvoeren van prestaties zonder te beschikken over de nodige erkenningen genereert uiteraard uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering. Het actief opsporen van deze toestellen en de verzegeling ervan zouden aanleiding geven tot minderuitgaven.

- *Proefprojecten*: het RIZIV financiert meer 67 proefprojecten en de FOD Volksgezondheid minstens evenveel. Deze projecten moeten grondig geëvalueerd worden en bij gebrek aan toegevoegde gezondheidswaarde onmiddellijk stopgezet.
- *Nieuwe zorgvormen*: Door de stijgende kosten van hospitalisatie moet de ligduur steeds verder beperkt worden. Sommige patiëntengroepen kunnen wegens een gebrek aan mantelzorg of thuiszorg echter nog niet naar huis terwijl acute ziekenhuiszorg niet meer nodig is. Nieuwe zorgvormen zoals bijv. zorghotels, revaliderend kortverblijf of herstelverblijven zijn hier de oplossing.
- *Verregaande ontsluiting van patiënteninformatie*: de verdere uitbouw van het e-healthplatform en het opstellen van gemeenschappelijke standaarden voor de ontwikkeling en implementatie van een universeel elektronisch, beveiligd en steeds online te consulteren patiëntendossier, slechts toegankelijk voor geauthentificeerde zorgverleners, zal zonder twijfel de onnodige herhaling van onderzoeken vermijden.
- *Registraties*: de zorgsector gaat gebukt onder de registratielasten terwijl de overheden die de verplichtingen opleggen er niet in slagen de opgevraagde data te verwerken of voor terugkoppeling te zorgen. Zo zijn er in België een equivalent van 800 FTE medewerkers continu bezig is met ziekenhuisregistraties. Een drastische inperking van de registratielast zal er toe leiden dat met dezelfde middelen meer mensen voor zorg kunnen ingezet worden.
- *Kosten van ziekenfondsen*: het budget voor de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen belooft meer dan 1,1 miljard euro. Bij gebrek aan openbaarheid van de boekhouding is trouwens niet geweten of deze middelen ten





laste van het RIZIV voldoende zijn dan wel dat de ziekenfondsen hierop winsten realiseren. Een publiek debat over de werking en financiering van de ziekenfondsen dringt zich in tijden van schaarse middelen op.

## Een vernieuwde rol voor ziekenfondsen

*Het ziekenfonds moet meer dan vandaag een actieve rol opnemen in het zorglandschap, en zijn leden bijstaan voor betaalbare en kwaliteitsvolle zorg.*

De wet op de ziekenfondsen is duidelijk. Ziekenfondsen spelen een cruciale rol in de ziekteverzekering. En dit zowel inzake beheer als inzake uitbetalingen en aanvullende diensten. Maar een wet achter de hand hebben is onvoldoende, bewijzen ook de clichés die de ronde doen. Duur, overbodig en kafkaïaans, luidt geregeld het verdict over de ziekenfondsen. Los van het feit dat we deze clichés ontkennen, moeten ziekenfondsen blijvend hun meerwaarde bewijzen.

### **Sociale verzekeraar, zorgadviseur en ledenbeweging**

Niemand zal tegenspreken dat het ziekenfonds van morgen er anders moet uitzien dan het ziekenfonds van vandaag. Een herdefiniëring van het takenpakket dringt zich op, alleen al door de elektronische mogelijkheden die de uitbetalingsfunctie van de ziekenfondsen drastisch zal herzien.

Betekent dit dat het ziekenfonds op zijn laatste benen loopt? Neen, daar ben ik rotsvast van overtuigd. Betekent dit dat het ziekenfonds andere wegen moet inslaan. Ja, daar ben ik evenzeer rotsvast van overtuigd. Laat mij een aantal concrete voorbeelden geven:

- Het ziekenfonds van de toekomst moet meer dan vandaag de steun en toeverlaat van zijn leden zijn. Niet alleen als uitbetaler van medische en andere zorgen, als sociale verzekeraar, maar ook en vooral als zorgadviseur en als verdediger van betaalbare en kwaliteitsvolle zorg voor iedereen.
- Het ziekenfonds van de toekomst ontsluit en gebruikt zijn gegevens en kennis maximaal. Waar het kan in



**Guy Peeters**  
Voorzitter NVSM



samenwerking met andere partners, denk maar aan het recente initiatief van de kwaliteitsindicatoren in de Vlaamse ziekenhuizen. Waar dit niet kan, op eigen houtje.

- Het ziekenfonds van de toekomst mag meer geresponsabiliseerd worden. Ziekenfondsen die er niet in slagen de door de overheid opgelegde taken naar behoren uit te voeren, mogen minder administratiekosten toegekend krijgen. En ziekenfondsen die door een actieve rol erin slagen hun leden en de zorgverstrekkers te bewegen tot een verantwoord en rationeel zorggebruik mogen hiervoor beloond worden.
- Cruciaal hiertoe is dat de ziekenfondsen voldoende wapens krijgen om dit te realiseren. Meer dan vandaag moeten ze de wettelijke bevoegdheden krijgen om op basis van hun gegevens en met respect voor de privacy hun leden pro-actief bij te staan of contracten te sluiten met ziekenhuizen die een optimale prijs-kwaliteitsverhouding hebben.

*Lees de andere voorstellen /Lisez les autres propositions:*

- Dirk Broeckx: [Doelmatigheid van medische technologieën en innovatie koppelen aan kostencontrole](#)
- Maggie De Block: [Enkele voorstellen voor de gezondheidszorg](#)
- Peter Degadt: [Zorgcontinuïteit voor alle patiënten veiligstellen zonder meerkost](#)
- Peter Degadt: [Geïntegreerde ziekenhuisfinanciering](#)
- Jan De Maeseneer: [Defederalisering gezondheidszorg via de Gewesten, niet via de Gemeenschappen](#)
- Alain De Wever: [Un nouveau mode de financement hospitalier](#)
- Yvo Nuyens: [Patiëntenorganisaties : van weeskinderen naar legitieme partners in de Belgisch gezondheidszorg](#)

Voor de Itinera standpunten over dit thema ga naar:

[http://www.itinerainstitute.org/nl/\\_issue/gezondheidszorg/](http://www.itinerainstitute.org/nl/_issue/gezondheidszorg/)

Pour les point de vues d'Itinera concernant ce thème :

[http://www.itinerainstitute.org/fr/\\_issue/soins-de-sante/](http://www.itinerainstitute.org/fr/_issue/soins-de-sante/)



**Yvo Nuyens**

Professor emeritus gezondheidsbeleid KULeuven, Universiteit Antwerpen, voormalig programmadirecteur Wereldgezondheidsorganisatie

## **Patiëntenorganisaties: van weeskinderen naar legitieme partners in de Belgisch gezondheidszorg**

Sedert de tweede wereldoorlog functioneert de gezondheidszorg in België op basis van een consensusmodel –het zogenaamde Poldermodel- waarbij zorgverstrekkers (instellingen en gezondheidswerkers), verzekeringsorganismen en overheid met elkaar aan tafel zitten om te onderhandelen over arbeidsvoorwaarden, lonen, financiering en regelgeving die de relatie tussen vraag en aanbod in onze zorg bepalen. Patiëntenorganisaties hebben voornamelijk geen plaats in dit model. Nochtans verbetert patiëntenparticipatie de kwaliteit van de gezondheidszorg, wat niet alleen geldt voor de individuele relatie patiënt-hulpverlener maar evenzeer op het niveau van de zorgorganisatie en het gezondheidsbeleid. Dit inzicht heeft in een aantal omringende landen (o.m. Frankrijk, Nederland, Verenigd Koninkrijk, Duitsland) geleid tot het uitwerken van een wettelijke basis voor patiëntenparticipatie, waardoor patiëntenorganisaties een volwaardige plaats bekleden in gezondheidszorg(instellingen) en gezondheidsbeleid.

### **Patiëntenorganisaties als legitieme onderhandelingspartner erkennen**

Momenteel functioneren een vierhonderd patiëntenorganisaties in België, die op een ad hoc basis en een weinig gestructureerde manier vorm en inhoud geven aan patiëntenparticipatie. Een **formele erkenning door de overheid van patiëntenorganisaties en –platformen** als legitieme onderhandelingspartners door een wijziging van de desbetreffende wetgeving kan hierin verandering brengen. Concreet zouden op deze manier patiëntenorganisaties een legitieme plaats opnemen zowel in de overlegorganen van volksgezondheid en ziekteverzekering als in het bestuur van verzorgingsinstellingen. Erkenning en financiering van patiëntenorganisaties vormen hierbij een belangrijke randvoorwaarde.



**Maggie De Block**

Staatssecretaris voor Asiel en Migratie; huisarts

## Enkele voorstellen voor de Gezondheidszorg

- Incentives inbouwen voor een **efficiënte besteding van middelen** :
  - Jaarlijks doorlichting door het RIZIV van twee pathologieën op efficiënt gebruik van middelen met rapportering aan het parlement;
  - Financiering ingreep in functie van waar de ingreep gelet op de stand van de wetenschap het best gebeurt, d.w.z. waar kan ambulant.
  - Uitbreiding ingrepen waarvoor een forfaitaire vergoeding wordt voorzien.
- We ontwikkelen een “**vernieuwingsfonds**” waarmee we gedurende twee jaar nieuwe geneesmiddelen, onderzoeks- en behandelingsmethodieken financieren en evalueren op hun meerwaarde vooraleer we ze integreren in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Dit laat toe de terugbetalingsmodaliteiten beter af te lijnen en voor elk nieuw geneesmiddel, onderzoeks- en behandelingsmethode de financiële betaalbaarheid voor de ziekteverzekering en de meerwaarde voor de levenskwaliteit van de patiënt te beoordelen;
- We gaan naar een disease management voor chronisch zieken met daaraan gekoppeld een maximumfactuur voor chronisch zieken. We tekenen voor de diverse chronisch ziekten een ziektepad – zorgtraject uit met daarin opgenomen de gezondheidsprestaties die gelet op de ziekten en hun verwickelingen te verwachten zijn. De vaststelling van de aandoening volstaat voor het bekomen van de terugbetalingen van alle prestaties die binnen dat zorgpad beschreven zijn. Zo verminderen we de administratieve rompslomp voor patiënt en arts. De arts moet zijn voorschrijfgedrag altijd kunnen verantwoorden. Deze maximumfactuur voor chronisch zieken gaat gepaard bij de introductie van Disease Management waardoor chronische



zieken in een multidisciplinair kader gecoacht worden. Op die manier optimaliseren we de gezondheidstoestand van de patiënt, verminderen we het aantal hospitalisaties en realiseren we via tele-medicine een permanente opvolging van de gezondheidstoestand.

- We investeren in **centres of excellence** en stellen deze open voor patiënten uit de Europese Unie. We sluiten akkoorden af met andere landen om gebruik te maken van hun centres of excellence. Zo kan elk land zich toespitsen op enkele aandoeningen en gebruik maken van de know how van andere landen om de eigen patiënten de beste zorg aan te bieden. Voor de financiering doen we beroep op publiek private samenwerking.





Dirk Broeckx

Voormalig secretaris-generaal Algemene farmaceutische bond (APB), oprichter [www.de7de.be](http://www.de7de.be)

## Doelmatigheid van medische technologieën en innovatie koppelen aan kostencontrole

*Doelmatigheid of kosteneffectiviteit vraagt een focus op "value for money".*

Dat veronderstelt dat men de focus op "nomenclatuur" verlaat. Die is immers gericht op het definiëren van prestaties, het bepalen van een vergoeding per prestatie (of terugbetaalbaarheid van producten) en het beheersen van de kosten. In plaats daarvan moet de focus verschuiven naar het beheren van de gezondheidszorg als een sector die kosteneffectief (cfr. value for money) extra gezonde levensjaren produceert. Daarvoor moeten kwaliteit en vergoeding met elkaar in evenwicht worden gebracht.

Voor de component "value" moet de beoogde "kwaliteit" gedefinieerd worden op basis van geschikte kwaliteitsindicatoren (zie ook verder de fiche "Pay for Quality"). Die indicatoren moeten kosteneffectief gekozen worden, dit wil zeggen: met welke (kleinste) inspanningen kan de grootste winst of verbetering geboekt worden op vlak van gezondheid?

Voor de component "money" moet een onderscheid worden gemaakt tussen het micro- en het macroniveau. Op "microniveau" (dit wil zeggen voor de zorgverstreker ten aanzien van een patiënt of zijn patiënteel) dient een optimale mix gedefinieerd worden van vier mogelijke vergoedingscomponenten: forfait, capitatie, betaling per prestatie en "pay for quality/performance".



Deze mix moet er op gericht zijn de gewenste kwaliteit te realiseren, zonder echter de toegankelijkheid van de zorg, de belangen van de patiënt en het budgettaire evenwicht uit het oog te verliezen.

Op “macroniveau” (dit wil momenteel zeggen per zorgsector) bestaat vandaag geen “trekkingsrecht” op een deelbudget in de ziekteverzekering. Dit werkt demotiverend, omdat efficiënte zorg tot besparingen leidt, maar die komen nu niet aan de sector toe (en dienen eerder om de overschrijdingen elders te compenseren). Het zou veel zinvoller zijn het leveren van de nodige zorg op macroniveau te beschouwen als een aanbesteding met de hele sector, waarmee een (jaar)contract wordt gesloten met doelstellingen op vlak van output (zowel kwantitatief als kwalitatief!) voor het geheel van de zorg die gezamenlijk zal worden geleverd. Hierin wordt ook een luik voor het doelmatige (gerichte) gebruik van innovatie (producten en diensten) voorzien. In het (jaar)contract wordt een vast bedrag voorzien dat – niet minder, maar ook niet meer – als globale vergoeding zal worden besteed. Het gevolg hiervan is dat de micro-vergoedingen op dat ogenblik een evenwichtige verdeling worden (onder de diverse zorgverstrekkers) van dat globale bedrag. Intern, binnen de sector worden daarbij evenwichten, compensaties, retributies of correcties vastgelegd die ervoor zorgen dat het globale bedrag niet overschreden wordt, maar anderzijds ook helemaal toegekend kan worden. Het moedigt de sector aan om zelf doelmatiger de middelen toe te wijzen, bijvoorbeeld door zelf te snoeien in wat niet prioritair is, teneinde ruimte te maken voor zinvolle innovaties.

Voor de ziekteverzekering leidt een dergelijke benadering tot meer budgetzekerheid en minder onverwachte overschrijdingen, omdat het globale bedrag niet kan overschreden worden en elke sector een echte budgetverantwoordelijkheid krijgt.

Om te starten zouden deze onderhandelingen nog per sector kunnen gebeuren, met de bedoeling geleidelijk meer multidisciplinair te werken, volgens de principes van coördinatie rond chronische zorg en “disease management”.

Deze benadering en de nodige wettelijke en organisatorische aanpassingen moeten in een uitvoeriger beleidsplan worden beschreven, in nauwe samenspraak tussen de diverse betrokken partners.



**Peter Degadt**

Gedelegeerd bestuurder Zorgnet Vlaanderen

## Zorgcontinuïteit voor alle patiënten veiligstellen zonder meerkost

Ziekenhuizen krijgen het steeds moeilijker om artsen te vinden voor bepaalde disciplines, met name vooral spoedartsen, pediaters, geriaters, (kinder)psychiaters, neurologen en endocrinologen. Die schaarste vormt een ernstige bedreiging voor de zorgcontinuïteit en vormt een van de belangrijkste uitdagingen voor de volksgezondheid in de komende jaren. Het huidige terugbetalingssysteem voor medische prestaties, waarbij dezelfde prestatie gelijk wordt gehonoreerd onafhankelijk van de context, heeft een pervers aspect omdat artsen hetzelfde (of zelfs meer) verdienen wanneer zij geen acute zorg leveren en geen bijdrage leveren aan de zorgcontinuïteit voor de meest ernstig zieken. Een privépraktijk is voor veel artsen aantrekkelijker, omdat zij hun tijd efficiënter kunnen inplannen, minder of geen wachtdiensten hebben en geen patiënten met dringende of risicovolle aandoeningen hoeven te behandelen.

We pleiten daarom voor een overschakeling van een historisch gegroeid en veeleer statisch opleidingsaanbod naar een vraaggericht, dynamisch en kwalitatief getoetst opleidingsaanbod (gebaseerd op goede prognoses). Hierbij wordt de contingentering ofwel geheel verlaten, ofwel omgevormd met een verzekering van minima voor knelpuntdisciplines. De gehanteerde criteria voor de toekenning van stageplaatsen moeten minder focussen op academische verdiensten en meer op de noodzakelijke vaardigheden om tot een optimale arts-patiënt interactie te komen.

Om de huidige onbillijke verdeling van de acute zorg en de wachtbelasting aan te pakken zijn er meerdere oplossingen mogelijk. De meest effectieve aanpak, die bovendien volledig



budgetneutraal is, bestaat erin om de tussenkomst van de ziekteverzekering te koppelen aan een solidaire risicodeling (inzake acute zorg) en aan een solidaire wachtdeelname. Het toekennen van een RIZIV-nummer aan die specialisten die ook deelnemen aan de zorgcontinuïteit in het ziekenhuis kan worden uitgewerkt naar analogie met de bestaande huisartsenregeling<sup>1</sup>.

Tot slot dient er iets gedaan te worden aan de inkomensverschillen en de ongelijke werkdruk tussen de verschillende medische specialismen. Die zijn momenteel dusdanig hoog dat ze demotiverend werken, en al te veel doorwegen in de keuze van de artsen in opleiding voor bepaalde specialisaties. Om de scheefgegroeide verdeling van de honoraria recht te trekken is een graduele herijking van de nomenclatuur noodzakelijk. Die moet gebaseerd zijn op noodzakelijke aanwezigheid in het ziekenhuis, mate van verantwoordelijkheid, consequenties van beslissingen en handelingen, loopbaanduur in functie van fysieke mogelijkheden (o.a. behoud van handvaardigheid), breedte van terreinkennis enz.

---

<sup>1</sup> MB 21 februari 2006, BS 27.02.2006 art 10 4°



**Jan De Maeseneer**

Professor Huisartsgeneeskunde en. Eerstelijnsgezondheidszorg UGent

## Een defederalisering van de gezondheidszorg moet gebeuren met de Gewesten, niet via de Gemeenschappen

Vandaag zijn in België slechts zeer beperkte delen (geestelijke gezondheidszorg, preventie, residentiële zorg voor bejaarden,...) gedefederaliseerd. Dit leidt tot het probleem van de niet-homogene bevoegdheden, waarbij verschillende beleidsniveaus op hetzelfde terrein actief zijn met een verlies van efficiëntie en complexe politieke besluitvorming. Conceptueel behoort de gezondheidszorg, net als de welzijnszorg (waar de gezondheidszorg meer intens zou moeten mee samenwerken), tot de "persoonsgebonden" materies. Dit betekent dat een defederalisering verantwoord is, zeker als men rekening houdt met belangrijke verschillen in praktijkvoering in het Noorden en het Zuiden van het land, hoewel wellicht gedeeltelijk historisch verklaarbaar.

Momenteel is het zo dat de bevoegdheden rond gezondheid, die gedefederaliseerd zijn, zich bij de gemeenschappen bevinden. Dit leidt in Brussel tot bijzonder complexe situaties, met een hoge kostprijs, en een lage effectiviteit. Toch zijn de problemen op het vlak van gezondheid in Brussel zeer groot, met grote groepen van de bevolking die, mede ten gevolge van armoede, een grote nood hebben aan gezondheidszorg. Echter, recente cijfers tonen aan dat Brussel de plaats is in België waar het grootste percentage van de bevolking op jaarbasis, geen enkel contact heeft met een huisarts of op consultatie gaat bij een specialist:





30% van de bevolking maakt geen gebruik van dit soort zorg. Dit wijst wellicht op een probleem van toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor maatschappelijk kwetsbare groepen.

Men heeft verschillende scenario's overwogen om in Brussel vanuit de twee gemeenschappen een zorgsysteem op te zetten. Vanuit principes van sociale rechtvaardigheid en de noodzaak aan meer sociale cohesie, kan men zich echter moeilijk voorstellen dat 2 inwoners van Brussel, wonende in hetzelfde appartementsgebouw, totaal verschillende zorg krijgen: de ene moet b.v. niet betalen voor tandzorg, de andere wel, de ene kan beroep doen op sterke thuiszorgequipes, de andere niet, vermits ze in verschillende gemeenschapssystemen werken.

Ervaringen in het buitenland wijzen erop dat organisatie van een toegankelijke gezondheidszorg, dient uit te gaan vanuit een territoriaal principe: de plaats waar men woont, leidt tot het recht op zorg, en niet de Gemeenschap waartoe men behoort (overigens behoren in Brussel de meeste inwoners noch tot de Nederlandstalige, noch tot de Franstalige gemeenschap, maar tot vele andere gemeenschappen).

Wanneer gezondheidszorg de bevoegdheid wordt van de Gewesten, ligt er voor het Brussels Gewest een prachtige uitdaging om een concept van "gezondheidszorg in een brede multiculturele en internationale context" te realiseren dat toegankelijk is, sociaal rechtvaardig, kwaliteitsvol, kosteneffectief, duurzaam, patiëntgericht en innovatief. Hiervoor zullen middelen noodzakelijk zijn, vermits er grote noden zijn, maar in een solidair systeem is dit perfect verantwoordbaar, op voorwaarde van transparante beleidsvoering en besteding.

Iedereen die op het terrein werkt in Brussel ervaart dat het bicommunautair systeem op het vlak van gezondheidszorg en welzijnszorg, de facto niet functioneert. De defederalisering van de gezondheidszorg naar de Gewesten, biedt de kans om in Brussel een toekomstgericht sociaal project te realiseren.



**Alain De Wever**

Professeur en économie de santé ULB

## Un nouveau mode de financement hospitalier

Après avoir connu jusqu'en 1990 un système de financement de type hôtelier, l'hôpital a progressivement modifié son mode de financement en tenant compte des pathologies et de la production de soins.

L'institution hospitalière a toujours maintenu trois sources principales de recettes financières basées sur les honoraires médicaux, le budget des moyens financiers et les produits pharmaceutiques.

Progressivement, la performance hospitalière a été prise en considération par l'intermédiaire du financement en fonction de la durée moyenne de séjour par diagnostic et de la justification du nombre de lits financiers.

La forfaitarisation des produits pharmaceutiques en fonction des diagnostics (APR-DRG) (2006) a accentué la tendance à cette globalisation du financement.

La prise en considération des coûts hospitaliers réels par activité hospitalière a permis de mettre en évidence la divergence importante entre la tarification actuelle des soins hospitaliers et leurs coûts.

Les recherches actuelles en économie de santé permettent de calculer le prix de revient global par pathologie qui pourrait financer une grande partie des soins hospitaliers en dehors des investissements de la disponibilité et du rôle régional joué par l'hôpital.

L'avenir est certainement dans un financement plus global comprenant les honoraires médicaux en tout ou en partie, le budget des moyens financiers et les médicaments.



Ce forfait par pathologie agrémenté du degré de sévérité et de critères de qualité permettrait tant au médecin hospitalier qu'au gestionnaire d'exercer en toute liberté des soins de qualité en fonction d'un coût raisonnable accepté par la société.



**Peter Degadt**

Gedelegeerd bestuurder Zorgnet Vlaanderen

## Geïntegreerde ziekenhuisfinanciering

De huidige financiering van ziekenhuizen loopt in essentie nog steeds via twee kanalen, enerzijds via het Budget van Financiële Middelen en anderzijds via afhoudingen op de artsenhonoraria. Die dualiteit staat haaks op een geïntegreerd ziekenhuismodel en interdisciplinaire patiëntenzorg. Alhoewel financiële stromen en persoonlijke inkomsten geen invloed zouden mogen hebben op keuzes van diagnosestelling en op de behandeling van patiënten biedt de bestaande prestatiefinanciering van artsen ("fee for service") heel wat incentives tot dergelijk gedrag.

Om meer integratie en multidisciplinariteit te realiseren, is het aangewezen dat ziekenhuizen en artsen, meer dan vroeger, de handen in elkaar slaan om organisatorisch en financieel nieuwe structuren uit te werken. Dit nieuwe model moet vertrekken van het concept van geïntegreerde financiering. Hiertoe moeten de bestaande duale financieringsstromen versmolten worden tot één inventief financieel model dat gebaseerd is op objectieve en transparante criteria, rechtszekerheid biedt voor alle betrokkenen, beleidsruimte geeft aan voorzieningen en zorgprofessionals aanmoedigt om in voorzieningen te werken.

Dat alles impliceert in de eerste plaats dat de onderfinanciering van de ziekenhuizen wordt aangepakt en dat de loopbaan van een ziekenhuisarts aantrekkelijker wordt gemaakt, o.a. door hem of haar een betere sociale bescherming te bieden.