

# Betaalbare gezondheidszorg voor iedereen



**Da's toch  
logisch?**

**Memorandum**

Federale, Vlaamse en Europese verkiezingen 2019

Uitgebreide versie voor beleidsmakers



**Socialistische  
Mutualiteiten**

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>4</b>	<b>Stem het financieringsmodel van zorgverleners af op interdisciplinaire en chronische zorg. Herijk de erelonen met aandacht voor competenties en met afschaffing van supplementen</b>	<b>26</b>
Health in all policies: gezond leven makkelijk en haalbaar voor iedereen	4	Probleemstelling	26
Een versterking van de solidaire financiering: ook vermogens betalen mee.	4	Oplossing	27
Zuurstof om te investeren in toegankelijke zorg en ondersteuning	5	<b>Zorgorganisatie: naar een naadloos en warm samenwerkingsnetwerk rond de patiënt en met voldoende zorgpersoneel</b>	<b>28</b>
Hervormingen zijn nodig	6	Probleemstelling	28
Inzetten op een menselijke zorg met voldoende zorgpersoneel.	6	Oplossing	28
Overlegmodel gericht op samenwerking	6	<b>Patiënt als volwaardige partner</b>	<b>32</b>
Onze principes	7	Probleemstelling	32
		Oplossing	32
<b>Solidair en voldoende investeren in sterke sociale bescherming voor iedereen</b>	<b>8</b>	<b>Een transparante ziekteverzekering zonder verspilling van middelen</b>	<b>35</b>
Probleemstelling	8	Probleemstelling	35
Oplossing	9	Oplossing	35
<b>Gezondheid in alle domeinen met minder gezondheidsongelijkheid en meer aandacht voor geestelijk welzijn</b>	<b>13</b>	<b>Menswaardige ziekte-uitkeringen</b>	<b>41</b>
Probleemstelling	13	Probleemstelling	41
Oplossing	13	Oplossing	42
Extra trap in maximumfactuur voor de meest kwetsbare groepen en veralgemening derdebetalersregeling	15	<b>Meerwaarde overlegmodel en ziekenfondsen erkennen</b>	<b>43</b>
Extra aandacht voor een gezonde openbare ruimte	16	Overlegmodel	43
		Rol ziekenfondsen	44
<b>Investeer in een betaalbare en tariefzekere zorg. Bouw de patiëntenfactuur af</b>	<b>18</b>		
Probleemstelling	18		
Oplossingen	18		
Tariefzekerheid voor de patiënt	18		
Investeer in on vervulde noden	20		
Investeer in ouderenzorg, zowel thuis als in woonzorgcentra	23		

# Onze visie

Memorandum voor de federale,  
Vlaamse en Europese verkiezingen 2019

# Inleiding

Een goede gezondheid. Het is en blijft een favoriete nieuwjaarswens. Een wens die in tijden van verkiezingen ook door alle partijen beleden wordt. Maar die wens dekt een hele lading. Dezelfde mooie woorden kunnen afhankelijk vanuit welk politiek gezichtspunt je het bekijkt een heel ander accent of uitvoering krijgen.

Ook voor de Socialistische Mutualiteiten staat een betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg voor iedereen centraal. Dit vereist een sterke, brede en solidaire wettelijke ziekteverzekering die ook op voldoende zekere en duurzame wijze wordt gefinancierd. Het ziekenfonds heeft daarbij een duidelijke visie hoe die te bereiken en welke prioriteiten de volle aandacht verdienen.

## Health in all policies: gezond leven makkelijk en haalbaar voor iedereen

De tentakels van welke factoren belangrijk zijn voor een goede gezondheid en het verminderen van de hardnekkige gezondheidsongelijkheden reiken zeer ver. Welzijn, armoedebestrijding, een goede sociale context, een goede huisvesting en leefomgeving, sociale cohesie, leefmilieu, onderwijs, ... zijn van kapitaal belang. Ons ziekenfonds onderstreept het belang van een holistische benadering van de gezondheidszorg, 'health in all policies'. Dit is niet alleen een opdracht van de volgende minister(s) van volksgezondheid en welzijn, maar van de voltallige regering(en).

Het streefdoel moet zijn dat iedereen gezond door het leven kan, of hij nu arm, rijk, hooggeschoold of laaggeschoold is. De ambitie van de volgende regeringen moet minstens zijn de gezondheidsongelijkheden te halveren. Een doelstelling die vandaag bijlange na realiteit is en die veronderstelt dat niet alleen ingezet wordt op gezondheidszorg maar op vele fronten.

## Een versterking van de solidaire financiering: ook vermogens betalen mee.

Een goede gezondheid wil ook zeggen het recht op een betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg. Onze solidaire en wettelijke ziekteverzekering is een van de fundamenten hiervan. Ze zorgt ervoor dat iedereen – ongeacht inkomen, gezondheid, leeftijd, geslacht, afkomst ... – recht heeft op een goede verzekering voor gezondheidsrisico's. Ze zorgt ervoor dat de financiering ervan solidair gebeurt, de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten, iedereen draagt bij naar draagkracht en vermogen.

De Socialistische Mutualiteiten stonden mee aan de wieg van de uitbouw van deze sociale zekerheid en wettelijke ziekteverzekering in het bijzonder. Het zit in ons DNA ervoor te ijveren dat goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen ook morgen nog realiteit is. Aangepast aan de noden van vandaag en de uitdagingen van morgen.

Maar niet iedereen deelt in de welvaart, heeft werk of goed werk, kan zijn talenten benutten, krijgt de aandacht, het respect, de zorgen waar hij of zij recht op heeft. Er is in deze samenleving nog teveel ongelijkheid, nog teveel onrechtvaardigheid. Vele mensen hebben vandaag inderdaad de indruk dat zij er alleen voor staan. Dat zij alleen de verantwoordelijkheid dragen voor hun leven. Dat een job, werkzekerheid, een degelijk inkomen, een aangename, veilige buurt om in te leven, een goede school voor hun kinderen, uitstekende en betaalbare zorgen als ze ziek zijn, een pensioen waarvan zij in hun oude dag goed kunnen leven... dat dat allemaal hun persoonlijke verantwoordelijkheid is. Natuurlijk moeten wij allemaal ons leven in eigen handen nemen. De Vlamingen willen dat ook. Zij willen niet bij de pakken blijven zitten. Maar mensen kunnen hun leven pas in eigen handen nemen, als daartoe collectief de noodzakelijke voorwaarden worden geschapen.

Steeds minder mensen delen in de welvaart en steeds meer Vlamingen verliezen de controle over hun eigen leven. Mensen kunnen hun leven pas in eigen handen nemen

als daartoe collectief de noodzakelijke voorwaarden worden geschapen. Recht op levensvatbare uitkeringen en recht op gezondheid en zorg voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen vormen zo een voorwaarde.

Alles staat of valt uiteraard met een voldoende, stabiele en solidaire financiering van de ziekteverzekering en van de sociale bescherming die ondertussen ook sinds de laatste staatsvorming uitgebouwd wordt door de deelstaten.

Voor de huidige Federale regering is de sociale zekerheid in het algemeen, en de ziekteverzekering in het bijzonder, vooral een uitgavenpost waarop moet worden bespaard, waarbij de besparingen werden versterkt door de taxshift. De achterliggende visie is er een waarbij de sociale uitgaven beperkt moeten worden, waarbij de sociale zekerheid vooral wordt toegespitst op wie 'het echt nodig heeft', het individu een grotere verantwoordelijkheid moet opnemen, de uitkeringsstelsels gaandeweg worden geharmoniseerd naar beneden en de private verzekeringen een grotere rol moeten opnemen.

Wij kiezen voor een alternatieve benadering. Investeren in sociale zekerheid is geen weggegooid geld. Het tegendeel is waar: investeren in sociale zekerheid beperkt substantieel het armoederisico én houdt samenlevingen menselijk en leefbaar voor iedereen. Een verzekering die op vele vlakken nog beter kan en moet. En waarbij de financiering navenant verbreed en duurzamer wordt.

Voor de Socialistische Mutualiteiten staat een versterking van de solidaire financiering van de sociale zekerheid en de sociale bescherming centraal, met het principe 'een euro is een euro' waarbij alle inkomens inclusief vermogens moeten worden aangesproken om goede zorg voor iedereen te realiseren.

Solidair investeren in de ziekteverzekering is niet alleen sociaal te verdedigen. De sociale zekerheid en ziekteverzekering creëren ook economische meerwaarde. Een studie van het Planbureau toont aan dat 100 euro investeren in de ziekteverzekering, de economie met 145 euro doet toenemen. 100 zorgjobs creëren 22 banen elders.

## **Zuurstof om te investeren in toegankelijke zorg en ondersteuning**

Het is essentieel dat de ziekteverzekering een antwoord kan bieden op de vergrijzing, medische innovaties, nieuwe verwachtingen van de bevolking, onvervulde noden ...

Dit veronderstelt een realistische groeinorm die de behoeften reflecteert, en extra investeringen voor onvervulde noden. De laatste jaren slaagde de ziekteverzekering er – gezien de krappe budgettaire context - niet in om aan nieuwe behoeften of onvervulde noden te voldoen.

Gaande van een betere toegankelijkheid voor niet –of onvoldoende terugbetaalde zorgen, het terugdringen van de gezondheidsongelijkheid, het meer toeleggen op preventieve en geïntegreerde zorg, het investeren in voldoende en goed omkaderd zorgpersoneel, het opnemen van medische innovatie met een meerwaarde, het inzetten op zorg op afstand, het uitbouwen van een goede chronische zorg, ook voor ouderen ... Een inhaalbeweging dringt zich op, ook om het wachtlijstprobleem in Vlaanderen op te vangen. Jongeren met problemen, 14.000 mensen met een handicap, ze staan al jaren op de wachtlijst. Ook zij moeten zorgzekerheid krijgen.

Een euro is een euro. Maar een tarief is ook een tarief. De Socialistische Mutualiteiten gaan voor een ziekteverzekering met vaste tarieven en zonder supplementen. Dit is geen naïef toekomstbeeld, maar perfect mogelijk in een budgetneutraal kader. Met respect voor billijke en rechtvaardige tarieven, en goede arbeidsvoorwaarden voor zorgverleners en –instellingen.

## Hervormingen zijn nodig

Meer investeringen. Ja, maar niet onvoorwaardelijk. De ziekteverzekering en haar stakeholders zijn het aan zichzelf verplicht blijvend te hervormen en te moderniseren. Om doelmatigheid na te streven. Waarbij het algemeen belang het winststreven uitschakelt. Waarbij de gezondheid van de patiënt het hokjesdenken overstijgt. Waarbij sociale bewogenheid en visie het kortetermijndenken overstijgt. Waarbij een coherente visie en een geïntegreerde aanpak primeren op politieke bevoegdheidsdiscussies.

Dit veronderstelt de nodige moed. We hebben nood aan een modernisering van de nomenclatuur of in mensentaal, een goede definitie van wat elke prestatie of (para)medische behandeling mag kosten. Wat is een billijk loon voor onze zorgverleners?

We hebben nood aan het versterken van de netwerkgedachte, waarbij de interdisciplinaire samenwerking van de zorgverstrekkers rond de patiënt primeert boven concurrentie. Waarbij de juiste zorg, op de juiste plaats door de juiste persoon wordt verstrekt. Een zorg gebaseerd op de behoeften van de bevolking en niet op het aanbod aan ziekenhuizen, zorgverstrekkers, apparatuur ...

We hebben nood aan verdere initiatieven om het rationeel voorschrijven te bevorderen, overconsumptie of ongepaste zorg te vermijden, geavanceerde apparatuur en specialistische zorg zorgzaam te spreiden, ... We moeten verder inzetten op administratieve eenvoud en digitalisering maar wel aandacht hebben dat de patiënt, ook deze die niet/weinig met de computer omgaat, steeds goed geïnformeerd en evenwaardig verzorgd blijft.

## Inzetten op een menselijke zorg met voldoende zorgpersoneel.

Een solidaire ziekteverzekering met voldoende budgettaire marge zodat alle Belgen toegang hebben tot een kwalitatief hoogstaande en doelmatige ziekteverzekering.

Dat is en blijft een belangrijk basisprincipe. Maar het is onvoldoende. We moeten meer dan vroeger terug inzetten op menselijke zorg. Een zorg die vertrekt vanuit de noden vanuit de patiënt, die dicht bij de patiënt staat, die betrokken is op de patiënt en die oog heeft voor de hele mens en niet louter voor het genezingsproces van de patiënt.

Dit veronderstelt een verdere uitbouw van thuiszorg, buurtzorgen vrijwilligerswerk en betere ondersteuning van mantelzorgers. Dit veronderstelt ook bijvoorbeeld dat de ziekenhuisnetwerken naast het streven naar de meest geavanceerde zorg op de juiste plaats ook inzetten op regionale ziekenhuizen met expertise in chronische zorg en in nazorg. Dit veronderstelt last but not least voldoende zorgpersoneel dat tijd kan vrijmaken voor de mens en voor de mantelzorgers errond.

Mensen die ziek zijn moeten de nodige persoonlijke zorg krijgen. Maar ze moeten ook verzekerd zijn van een voldoende inkomen als ze niet langer in staat zijn te werken. Ze moeten begeleid en geholpen worden om ander of aangepast werk te hervatten indien mogelijk. Ook hier is nog veel werk aan de winkel, en ook dit veronderstelt een holistische kijk. Wat is beter. Vermijden (waar mogelijk) dat mensen ziek worden door zinvol en werkbaar werk of achteraf proberen de schade te vermijden? In het verlengde hiervan moet ook in de gezondheidszorg meer aandacht besteed worden aan het voorkomen van aandoeningen, en het begeleiden van mensen op de juiste manier.

## Overlegmodel gericht op samenwerking

De Belgische ziekteverzekering is ingebed in een overlegmodel, dat zorgt voor de gedragenheid van beslissingen en een verankering in de praktijk. Dit model dat streeft naar consensus heeft zijn merites bewezen, wat niet wil zeggen dat het immuun mag zijn voor nodige aanpassingen. Een meer transversale aanpak gestoeld op de behoeften van de patiënt moet de soms corporatistische reflexen overstijgen.

Met de laatste staatshervorming hebben de deelstaten – en dus ook Vlaanderen en Brussel – een pak meer bevoegdheden gekregen. Ook op het terrein van de gezondheidszorg. Hoewel deze staatshervorming ingevoerd werd onder het mom van “beter bestuur” is het nu reeds duidelijk dat ze leidt tot meer administratie en uitvoeringskosten, discussies en versnipperde bevoegdheden. Een goede samenwerking en afstemming tussen de federale overheid en de deelstaten en tussen de deelstaten onderling is meer dan ooit nodig.

## Onze principes

Voor ons ziekenfonds is het essentieel dat volgende basisprincipes op alle bevoegdheidsniveaus centraal staan:

1. Een solidaire zorg en ondersteuning. Een solidaire en voldoende financiering waarbij iedereen bijdraagt naar draagkracht en vermogen.
2. Gezond leven is voor iedereen haalbaar en makkelijk. We kijken naar de mens, niet enkel naar de patiënt. We zetten sterk in op het wegwerken van gezondheidsongelijkheden, geven aandacht aan preventie en aan het geestelijk welzijn van iedereen.
3. De zorg is toegankelijk voor iedereen, zonder financiële drempels. Een goede en toegankelijke zorg en ondersteuning voor iedereen, ongeacht leeftijd, geslacht, inkomen, gezondheid ... Een zorg en ondersteuning die stoelt op algemeen belang en de behoeften van de bevolking, en waarbij winststreven verbannen wordt. We bouwen de patiëntenfactuur af, investeren in on vervulde noden en nieuwe behoeften.
4. Zorgverstrekkers worden billijk vergoed volgens een gemengd systeem dat kwaliteit en interdisciplinaire samenwerking stimuleert
5. De patiënt is meer dan zijn ziekte. De zorg is menselijk en nabij voor iedereen. Hiervoor is voldoende zorgpersoneel onontbeerlijk die écht tijd kan vrijmaken voor de patiënt evenals een goede samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners. Mantelzorgers worden hierbij als partners in de zorg voor de patiënt beschouwd en kunnen rekenen op ondersteuning van het zorgpersoneel.
6. Samen beslissen is de norm. Patiënten weten het best welke behandelingen het best kunnen aansluiten op hun wensen en hun persoonlijke situatie. Dit vereist een inspanning van de arts om de patiënt goed te informeren over alle mogelijkheden, zodat hij zich een beeld kan vormen van alle voor- en nadelen van behandelingen. over de mogelijke behandelingskeuzes op begrijpelijke wijze te informeren.
7. De zorg is doelmatig en gebaseerd op wat kwalitatief nodig is. De gezondheidszorg primeert bovenop winstbelang of bevoegdheidsconflicten.
8. Ziek zijn mag niet arm maken, en mag niemand op een zijspoor zetten. We investeren in menswaardige uitkeringen en in een begeleiding op terugkeer naar de arbeidsmarkt.
9. Zorg wordt wanneer nodig interdisciplinair beslist, met inbreng van de expertise van elkeen.

Ontdek onze belangrijkste voorstellen op  
[www.iedereen-telt-mee.be](http://www.iedereen-telt-mee.be)



# 1. Solidair en voldoende investeren in sterke sociale bescherming voor iedereen

## Probleemstelling

Alle Belgen hebben toegang tot een kwaliteitsvolle en betaalbare zorg. Het is een van de basisprincipes én de kracht van onze sociale zekerheid. Deze zorg wordt (grotendeels) solidair en collectief gefinancierd. Maar dat is geen verworvenheid. Het budgettaire keurslijf van de afgelopen jaren vergrootte het risico op nefaste privatiseringstendensen.

In 2017 besteedden de Belgen in totaal 43,8 miljard euro aan gezondheidszorgen. Ongeveer 77,5 % van deze uitgaven worden publiek gefinancierd. Het resterende deel – goed voor zo'n 10 miljard euro – is ten laste van de patiënt.

Tijdens de voorbije regeerperiode kreeg de wettelijke ziekteverzekering een groeinorm van 1,5 %. Dat wil zeggen dat de uitgaven op jaarbasis met 1,5 % boven de index mogen stijgen. In de realiteit werd de 1,5 % evenwel niet consequent toegepast, en werd ze verschillende malen impliciet neerwaarts bijgesteld. Dit terwijl volgens het Federaal Planbureau de uitgaven bij ongewijzigd beleid met 2,3 % stijgen.

Dit alles leidde tot budgettaire tekorten en verregaande besparingen en een verschuiving van de factuur naar de patiënt, ook via toenemende ereloon-supplementen en een afglijdende tariefzekerheid.

Tijdens de eerste 4 jaar van de legislatuur heeft de ziekteverzekering 2,1 miljard euro bespaard, waarvan 1,5 miljard euro netto-besparingen. Voor 2019 moest een bijkomend tekort van 503 miljoen euro gedicht worden.

Ook de basisfinanciering van de sociale zekerheid werd op eenzijdige wijze door de regering zwaar gehypothekeerd, niet alleen door o.a. de overraming van de terugverdieneffecten van de Tax shift maar ook door de evenwichtsdotatie van de sociale zekerheid mee afhankelijk te maken van de jaarlijkse begrotingsbeslissingen.

De patiënten voelen de impact van deze diepgaande besparingen niet alleen rechtstreeks maar ook onrechtstreeks. Het overlegmodel dat de basis legt voor tariefzekerheid staat meer en meer onder druk. Dit vertaalt zich in een stijgende deconventiegraad in sommige sectoren. Toenemende wachttijden voor consultaties bij bepaalde artsen specialisten, die zich ook meer en meer buiten de geconventioneerde tarieven plaatsen en meer inzetten op hun privé praktijken eerder dan te werken in ziekenhuisverband. En ook merken we een onrustwekkende toename van ereloon-supplementen gefactureerd aan de patiënt.





De volgende regering moet zich absoluut buigen over deze problematiek en een coherente oplossing uitwerken die een antwoord biedt op volgende uitdagingen:

- De financiering van de sociale zekerheid mag niet afhangen van doelstellingen zoals begrotingsbesparingen, pensioenleeftijd of verhoopte maar onzekere returneffecten. Wat de mensen nodig hebben, is een sterke sociale zekerheid voor een goede sociale bescherming en het welzijn van iedereen.
- De onder-investeringen in de verplichte solidaire ziekteverzekering.
- Het verglijden van de tariefzekerheid, de onrustwekkende toename van de ereloon-supplementen en fel oplopende wachttijden bij bepaalde artsen – specialisten.
- De stijgende maar ondoelmatige en asociale toevlucht tot bijkomende verzekeringen waarbij vooral de meest kwetsbare groepen uitgesloten worden.
- De steeds verder oplopende arbitraire scheefgroei tussen de inkomens van zorgverstrekkers.

2. Rekening houdend met de vele onder-gefinancierde of niet gefinancierde noden, de oplopende tekorten en de stijgende druk op de patiënten pleiten de Socialistische Mutualiteiten voor een extra transversale investering van 1 miljard euro of 0,25 % van het BBP over de komende regeerperiode. Dit kan door een meer rechtvaardige financiering. Een euro is een euro: iedereen draagt progressief bij volgens zijn inkomen, ook de vermogens.
3. Een doelmatige zorg. Iedere euro in de zorg moet op een goede manier worden aangewend. De komende regeerperiode moet vooral ingezet worden op minder prestatievergoeding en meer gemengde financiering, billijke herverdeling van de middelen over de zorgverstrekkers en –instellingen met een afbouw van ereloon-supplementen binnen een budgetneutraal kader en het beheersbaar maken van de geneesmiddelen-uitgaven.

## Oplossing

De Socialistische Mutualiteiten schuiven volgende oplossingen naar voren:

1. Investeer voldoende in een sterke verplichte solidaire ziekteverzekering als enige garantie op een toegankelijke, kwaliteitsvolle en duurzame gezondheidszorg voor iedereen. Privatisering via aanvullende verzekeringen is een sociaal noch doelmatig antwoord. Ga voor een wettelijke groeionorm rekening houdend met de natuurlijke uitgavengroei, zijnde 2,3 % zoals het Planbureau raamt. Die groeionorm houdt enkel rekening met de groei bij ongewijzigd beleid. En durf te kiezen voor een solidarisering van de hospitalisatieverzekeringen (zie kaderstuk).

## **Van selectieve en onzekere hospitalisatieverzekeringen naar inclusieve en zekere ziekteverzekering**

We merken een onrustwekkende toename van ereloon-supplementen gefactureerd aan de patiënt. Een recente studie van het Intermutualistisch Agentschap toont aan dat de ereloon-supplementen in ziekenhuizen 2,5 maal sneller stijgen dan de terugbetalingen door de ziekteverzekering. Ze lopen op tot 563 miljoen euro. Deze ereloon-supplementen worden niet gebruikt om alle zorgverstrekkers op een gelijkmatige manier te vergoeden. Integendeel, ze zijn zeer geconcentreerd.

- Ereloon-supplementen worden gevraagd op 11 % van de gepresteerde prestaties. Dwz dat bij 89 % van de erelonen geen supplementen gevraagd worden.
- 10 % van de artsen is goed voor 45 % van de gevraagde ereloon-supplementen. 10 % van de artsen rekent nooit een supplement aan.
- 10 van de 102 ziekenhuizen zijn goed voor ruim een derde van de ereloon-supplementen (1 ziekenhuis tekent op zichzelf al voor 10 %). Dit terwijl de 81 'goedkoopste' ziekenhuizen tekenen voor bijna de helft van de supplementen.
- De bedragen schommelen tussen 0 en 100.000 euro, de gevraagde percentages door de ziekenhuizen tussen 100 en 300 %

In de ambulante sector merken we eveneens een gestage stijging op van de supplementen, zowel bij specialisten, tandartsen als kinesitherapeuten. Volgens voorlopige cijfers van ons ziekenfonds betaalden onze leden in 2017 voor 55,8 miljoen aan dergelijke supplementen. Ook hier kunnen we bezwaarlijk spreken van een gelijkmatige verdeling over alle zorgverstrekkers.

We merken dat steeds meer Belgen zich bijkomend verzekeren tegen de oplopende patiëntenfactuur, niet enkel via een hospitalisatieverzekering, maar ook om voorbeeld tandzorg of ambulante kosten te dekken. Privatisering is evenwel noch sociaal noch doelmatig een goed alternatief voor een verplichte solidaire ziekteverzekering.

- Er zijn vandaag zo'n 9 miljoen hospitalisatiepolissen in omloop. Dat betekent niet dat bijna alle Belgen extra verzekerd zijn tegen oplopende ziekenhuiskosten. Een groot aantal Belgen is niet verzekerd, een groot aantal is oververzekerd.
- De administratiekosten (beheer en commissielonen) bedragen voor de private verzekeraars gemiddeld ruim 22 % van de uitgaven. Dit staat in contrast met de administratiekosten die we kennen in de verplichte ziekteverzekering (4,5 %, verdeeld over ziekenfondsen 3,97 % en RIZIV 0,5 %). Op 100 euro gaat in de verplichte ziekteverzekering ruim 95 euro naar zorg. Bij de hospitalisatieverzekering slechts 71 euro.
- De hospitalisatieverzekering dient om de eenpersoonskamers in dure ziekenhuizen en met dure artsen te financieren. Het geld wordt niet evenredig verdeeld over de zorgverstrekkers.
- Een hospitalisatieverzekering biedt vaak een vals gevoel van zekerheid, en wentelt het gebrek aan tariefzekerheid alsnog af op de patiënten in plaats van vaste tarieven op te leggen aan zorgverstrekkers en –instellingen. De kleine lettertjes in de hospitalisatieverzekeringen zijn hierbij van wezenlijk belang. In de polis staat bijvoorbeeld dat ze maar tussenkomt ten belope van 100 % van de wettelijke tarieven. Het saldo mag de patiënt alsnog ophoesten.
- Hospitalisatieverzekeringen hebben een inflatoir karakter. De schroom van artsen valt weg om supplementen te vragen omdat

de verzekering die toch voor haar rekening neemt. Met als gevolg dat de premies van de verzekering stijgen, en de verzekerde de rekening betaalt. De premies volgen de loonverwachtingen van artsen, niet de kwaliteit van de zorg.

- en slotte richten de hospitalisatieverzekering zich vooral op zij die het niet of minder nodig hebben (de goede risico's) in plaats van op zij die het echt nodig hebben (de slechte risico's). Vanuit de kant van de verzekeraars is dit de beste garantie op

een winstgevend product. Dit zegt alles als je het afzet tegen de extreme risicoconcentratie die we kennen in de gezondheidszorg. 75 % ZIV-uitgaven gaat naar 10 % populatie. 5 % van de bevolking is goed voor zo'n 53 % van de gezondheidszorguitgaven.

Niet alleen wij, ook de private verzekeraars erkennen in toenemende mate dat de huidige situatie van onbegrensde en arbitraire ereloonsupplementen ook voor hen onhoudbaar is.

Een collectivisering van de hospitalisatieverzekering is zowel sociaal als doelmatig te rechtvaardigen. De hospitalisatieverzekeringen zijn in België goed voor een premie-omzet van 1,9 miljard euro (cijfers 2016 privé, cijfers 2017 VMOB), waarvan ongeveer twee derde via de private verzekeraars en een derde via de ziekenfondsen. Dit terwijl de globale patiëntenfactuur in ziekenhuizen zo'n 1,1 à 1,2 miljard euro bedraagt.

Indien we de hospitalisatieverzekeringen zouden integreren in de wettelijke ziekteverzekering zouden we alle Belgen kunnen verzekeren, de ziekenhuizen en zorgverstrekkers op een betere en gelijkmatige manier kunnen vergoeden en een efficiëntiewinst van minstens 215,7 miljoen euro kunnen overhouden voor nieuwe investeringen in de ziekteverzekering.

Als we bovendien rekening houden met de overgedragen reserves van de verzekeringen van de ziekenfondsen en de vergrijzingsreserves van de

privéverzekeraars, ten belope van samen minimaal 2,3 miljard euro, zouden we nogmaals een eenmalige injectie van 1 miljard euro kunnen doen en jaarlijks een 20 miljoen kunnen vrijmaken via beleggingsopbrengsten.

Rekening houdend met deze bevindingen zijn wij gewonnen voor een solidarisering van de hospitalisatieverzekeringen. Deze niet eenvoudige boodschap steunt op zeer goede en rationele argumenten. Hierdoor komt geld vrij voor onvervulde noden en menselijke zorg, kunnen we alle Belgen even goed verzekeren, en kunnen we alle zorgverstrekkers en –instellingen op een billijke en gelijkmatige manier vergoeden.

In een overgangsfase zou als eerste stap een wettelijk verbod op ereloonsupplementen in ziekenhuizen genomen kunnen worden. En dit in een budgetneutraal kader, waarbij een deel van het geld van de hospitalisatieverzekeringen via het verhogen van de bestaande RIZIV-solidariteitsbijdrage overgeheveld zou worden naar de ziekteverzekering (zie ook het uitgewerkte voorstel appendicitis, [https://www.bondmoyson.be/wvl/contact/Pers/persbericht/Pages/Studie\\_appendectomie.aspx](https://www.bondmoyson.be/wvl/contact/Pers/persbericht/Pages/Studie_appendectomie.aspx)). Het gerelateerde bedrag van 563 miljoen euro (IMA-studie) zou evenredig over artsen en ziekenhuizen verdeeld kunnen worden op basis van geobjectiveerde behoeften.

## Een sterke en universele Vlaamse sociale bescherming

De afgelopen legislatuur werden de fundamenten gelegd voor de Vlaamse Sociale Bescherming. Vlaanderen koos ervoor de bevoegdheden die werden overgedragen in het kader van de zesde staatshervorming (waaronder de residentiële ouderenzorg, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, mobiliteitshulpmiddelen en psychiatrische verzorgingstehuizen) zoveel mogelijk te stroomlijnen en samen met onder andere de gezinszorg onder te brengen in een verplichte sociale verzekering. Dat is een goede zaak. Deze aanpak maakt het in principe mogelijk om tot een globaal beleid rond zorg en welzijn te komen.

We roepen de volgende Vlaamse regering op om de komende jaren de Vlaamse Sociale Bescherming verder uit te rollen en vooral te voorzien van stevige financiële fundamenten zodat het een sterke en universele verzekering kan zijn die de toegang tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning voor alle inwoners van Vlaanderen verzekert en waardoor aanvullende verzekeringen overbodig zijn. De Socialistische Mutualiteiten wensen voor de Vlaamse Sociale Bescherming:

- De financiering van de VSB moet gebeuren op basis van solidariteit en niet op basis van forfaitaire premies. Ook deze solidariteit is tot op vandaag niet gegarandeerd. Concreet moet gekozen worden voor een financiering op basis van inkomens- en vermogensafhankelijke bijdragen. Hiervoor kan best de weg bewandeld worden van de fiscaliteit. Een verdere verhoging van de huidige forfaitaire premies is geen optie.
- Zorg ervoor dat de tegemoetkomingen uit de Vlaamse Sociale Bescherming de zorgkosten in de verschillende sectoren op voldoende wijze dekt. Het kan niet de bedoeling zijn dat Vlaanderen zich tot de uitbouw van een basissysteem beperkt, waarbij enkel de begoede Vlaming zich beter kan beschermen.
- Maak werk van wettelijke gereguleerde eigen bijdragen voor zorg, met sociale correcties en een maximumfactuur Vlaamse

Sociale Bescherming over de verschillende sectoren heen (residentiële ouderenzorg, gezinszorg, PVT, beschut wonen ...). Zorg ook voor de woon- en leefkosten voor sociale correcties zodat de toegankelijkheid gegarandeerd wordt. Zorg ervoor dat de staatshervorming de betaalbaarheid van de zorg niet ondergraaft doordat de nieuwe Vlaamse bevoegdheden niet in de federale maximumfactuur worden bijgehouden. Werk een oplossing uit waarbij ze ofwel nog meetellen in de federale maximumfactuur, ofwel opgenomen worden in de Vlaamse maximumfactuur.

- Het systeem van persoonsvolgende financiering van zorgkosten mag geen dogma zijn en moet samengaan met een organisatiebonden financiering die garant staat voor een passend en kwalitatief zorgaanbod. Bovendien moet worden gegarandeerd dat de budgettaire en administratieve verantwoordelijkheid niet zonder meer verschoven wordt naar de burgers.
- Net als in het federale gezondheidsbeleid, moet Vlaanderen van het bestrijden van de sociale ongelijkheid in gezondheid een topprioriteit maken. Ook dit veronderstelt duurzame acties op vele terreinen waaronder het versterken van betaalbare kinderopvang, ondersteuning van een sterk lokaal sociaal beleid en gezondheidsbevordering en ziektepreventie op maat van ook de kansengroepen.
- Zorg voor zorgzekerheid. Bouw de wachtlijsten voor mensen met een handicap of jongeren met problemen af.

Ook Brussel moet zorgen voor een voldoende en solidaire financiering van de verschillende bevoegdheden inzake zorg en welzijn, ofwel de Brusselse sociale bescherming, opdat de toegang tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning gegarandeerd is voor alle Brusselaars. We roepen Brussel op om bijkomende financiële middelen te halen uit de fiscaliteit, eerder dan forfaitaire premies zoals men van plan is in het kader van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering.

## 2. Gezondheid in alle domeinen met minder gezondheidsongelijkheid en meer aandacht voor geestelijk welzijn

### Probleemstelling

Ongezonde woningen, onbetaalbare huisvesting, ongezonde leef- en woonomgeving, onzekere arbeidsvoorwaarden, armoede, er alleen voor staan mét vereenzaming, ... zijn stuk voor stuk situaties die sterk bepalend zijn voor de volksgezondheid. Inzetten op betaalbare huisvesting, een goede ruimtelijke ordening, een duurzame leefomgeving, toegankelijk openbaar vervoer, kwalitatief onderwijs, werkbaar werk ... heeft impact op de gezondheid van de bevolking. Deze evidente vaststelling verdient veel meer aandacht én initiatieven op alle beleidsniveaus, gaande van het Europees, het federaal, het regionaal en het gemeentelijk.

Kiezen voor 'gezondheid in alle beleidsdomeinen' is een benadering die zichzelf terugbetaalt, niet altijd onmiddellijk maar wel op termijn.

De sociaaleconomische verschillen in gezondheid worden ook in ons land sinds lang gerapporteerd en aan de kaak gesteld. Het blijft confronterend: hoe hoger het inkomen en het opleidingsniveau, hoe langer men niet alleen leeft maar ook kan rekenen op veel meer jaren in een goede gezondheid. Dit verschil loopt tussen de twee uiterste groepen op tot 7,5 jaar bij mannen en 5,9 jaar bij vrouwen. Deze ongelijkheid is nog veel groter wanneer alleen de jaren in goede gezondheid worden vergeleken: mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs leven gemiddeld nog 46,3 jaar in goede gezondheid; mannen van die leeftijd zonder diploma leven nog slechts 27,8 jaar in goede gezondheid. Of een verschil van zo maar eventjes 18,6 jaar!

Het subjectief ongezonderheidsgevoel van mensen uit het laagste inkomenskwintiel bleef tot 2012 ongeveer gelijk op 13 %, maar steeg dan fors tot 17 % in 2015. Ook mensen uit het hoogste inkomenskwintiel voelen zich ongezonder, van 1 tot 3 %, maar dit is nog steeds bijzonder weinig in vergelijking met die van het laagste inkomenskwintiel.

Deze verschillen en ongelijke kansen op gezondheid zijn onaanvaardbaar. Alleen een transversale én duurzame aanpak kan op termijn de grote ongelijkheden die bestaan op het vlak van de gezondheidstoestand beperken en een positief effect hebben op de individuele en collectieve gezondheid.

### Oplossing

Onze ambitie is dat iedereen gezond door het leven kan gaan, ongeacht inkomen, ongeacht opleidingsniveau, ongeacht werksituatie. Dit veronderstelt:

- Een actief volksgezondheidsbeleid dat verder kijkt dan de gezondheidszorg maar weloverwogen investeert in een globale preventie met een 'health in alle policies' en sensibiliseert in een zo breed mogelijke sociale en ecologische gezondheidsbevordering. Dit omvat o.a. duurzame investeringen in groene mobiliteit, gezonde, veilige én betaalbare leef-, woon- en werkomgevingen. Dit vereist het systematisch hanteren van een 'health impact assessment test' of een 'gezondheidslens' bij het nemen van beleidsbeslissingen om de impact van de betrokken maatregel te evalueren op het vlak van de consequenties voor gezondheid en welzijn. Opmerkelijk: deze benadering wordt in zowat alle beleidsbrieven van de diverse regeringen voluit onderschreven en beleden. Maar ook hier is het nu tijd voor actie en daden. Het systematisch hanteren van een gezondheids- en welzijnsimpact meting bij beleidsbeslissingen is hierbij een eerste stap.



Zoveel sociaal kwetsbare mensen stellen dringende zorg uit omwille van de kostprijs



Langdurig zieken verdienen 40 % minder maar betalen 4 keer zoveel voor hun zorg.



Dat is hoeveel gezonde levensjaren je moet opgeven als je niet lang studeerde.



Mentale gezondheidsproblemen komen dubbel zo vaak voor bij de meest kwetsbare mensen.

- Een sterk gezondheidsbeleid steunt op:
  - Een sterke sociale zekerheid die écht zekerheid biedt inzake de terugbetaling van de kosten van gezondheidszorg en die menswaardige vervangingsinkomens garandeert bij ziekte of invaliditeit
  - Gerichte preventie ter bevordering van een gezonde levensstijl met effect op een zo vroeg mogelijke leeftijd.
  - Het tegengaan van gezondheidsverschillen vergt naast dit algemeen en universeel beleid, ook bijkomende inspanningen voor de meest kwetsbare doelgroepen.
  - Een duidelijke politieke keuze om tegen 2030 de sociale ongelijkheden in gezondheid substantieel te halveren en dit op een maximaal aantal terreinen waaronder levensverwachting en gezonde levensjaren.
  - Alle regeringen moeten kiezen voor structurele maatregelen die duurzaam zijn w.o. het verhogen van minima tot boven de armoedegrens, het garanderen van kwalitatieve en betaalbare huisvesting en tewerkstelling verzekeren ook voor de kansengroepen meer investeren in betaalbaar onderwijs, ook voor volwassenen.
- We weten dat gezondheid de resultante is van een samenspel tussen individuele, sociale en omgevingsfactoren en dus niet te reduceren valt tot enkel een individuele verantwoordelijkheid of capaciteit. We zetten ons resoluut af tegen het individueel responsabiliseren van de patiënt of de burger in de gezondheidszorg en kiezen voor het positief motiveren en begeleiden.
- De ontwikkelingen in de genetica gaan razendsnel. Ook hier staan we als samenleving voor heel wat fundamentele ethische vragen en dilemma's. Fundamentele uitgangspunten zijn alvast dat mensen altijd het recht moeten blijven hebben om hun genetische informatie "niet te weten" en voor deze keuze ook niet kunnen geresponsabiliseerd worden. Een verdere maatschappelijke discussie over genetische informatie en het gebruik er van is meer dan nodig, en dit ter voorbereiding van een toepasselijke wetgeving.

Voor het domein van gezondheid en welzijn denken we aan volgende concrete acties:

- Pak ongelijkheid op een zo vroeg mogelijke leeftijd aan: investeer in kinderen! Investeer in pre- en postnatale begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen, kwaliteitsvolle en toegankelijke kinderopvang en kleuteronderwijs, gezondheidseducatie, gezonde en betaalbare voeding in de kinderopvang/op school ...
- Breng de zorg waar mogelijk bij de mensen in plaats van omgekeerd. Investeer in ziektepreventie en gezondheidspromotie w.o. coaching van mensen ter ondersteuning van een gezonde levensstijl en gezondheidsvaardigheden die ook kwetsbare mensen herkennen en bereiken. Investeer in tandzorg op school.
- Heel wat depressies, gebruik van psychotrope geneesmiddelen en emotionele problemen zijn ook gerelateerd met opleidingsniveau en sociale problemen. Maak daarom ook werk van een toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg en dit zo laagdrempelig en nabij mogelijk. Topprioriteit hier is de uitbouw van een eerstelijnspsychologische zorg en een versterking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg voor de meer complexe zorg.
- Ook financiële problemen zijn nog steeds een belangrijke reden om zorg en ondersteuning uit of af te stellen. Stelselmatige aandacht voor een betaalbare, beschikbare en toegankelijke gezondheidszorg blijft essentieel om gezondheidsverschillen effectief tegen te gaan.
- Het geïntegreerd breed onthaal (GBO) is een samenwerkingsverband tussen minimaal het OCMW, het centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW). Deze samenwerking is gericht op twee belangrijke doestellingen: het realiseren van een

toegankelijke sociale hulp- en dienstverlening en het tegengaan van onder-bescherming. Om deze doelstellingen te realiseren stemt het samenwerkingsverband ook af met lokale basis- of faciliterende actoren (o.a. samenlevingsopbouw, armoedeverenigingen, huisartsen, thuiszorgdiensten ...) én met het meer gespecialiseerde begeleidingsaanbod. Zet ook in de thuiszorg meer in op preventie waardoor situaties niet kunnen escaleren.

### **Extra trap in maximumfactuur voor de meest kwetsbare groepen en veralgemening derdebetalersregeling**

De MAF is een beschermingsmaatregel die tot doel heeft de eigen kosten in de gezondheidszorg te beperken. Als de kosten van een gezin in de loop van een jaar een bepaalde grens bereiken dan betaalt het ziekenfonds de kosten, die vanaf dat punt gemaakt worden, volledig terug. Het maximale remgeld dat een gezin gedurende 1 jaar zal betalen ligt dus vast.

Het laagste plafond waarboven de kosten worden terugbetaald, bedraagt vandaag 468 euro. Voor kwetsbare gezinnen is dit al een hoog bedrag. Het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wees er in rapport (80a) uit 2008 al op dat de inkomens-MAF voor de laagste inkomens minder bescherming biedt dan voor de andere inkomenscategorieën.

We stellen dus voor een extra MAF-trap van 250 euro in te voeren voor gezinnen met een netto belastbaar inkomen lager dan 10.000 euro. Kostprijs: 13,3 miljoen euro

Hiernaast moeten de inkomensgrenzen voor de maximumfactuur aan de reële welvaartsevolutie en moeten verblijven in psychiatrische instellingen beter opgenomen worden in de MAF.

Ook moet de derdebetalersregeling –waarbij de patiënten enkel het remgeld moeten betalen en niet het volledige ereloon moeten voorschieten –veralgemeend worden. Ze moet op termijn de regel worden voor alle patiënten en



bij alle zorgverleners. In een eerste fase moet de volgende regering werk maken van de eerdere belofte om de derdebetalersregeling te verplichten voor mensen met het statuut chronische aandoening bij huisartsen. Dit kostprijs hiervan werd geraamd op 38,7 miljoen euro.

Tenslotte moet maximaal ingezet worden op het automatisch toekennen van rechten. We pleiten zo voor de automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming aan gezinnen in moeilijkheden, zoals gezinnen waarvan de titularis langdurig werkloos of ziek is.

### Zet in op preventieve zorg

De levensverwachting ligt hoog in België. Deze gezondheidswinst is onder meer toe te schrijven aan een sterk uitgebouwde gezondheidszorg maar ook preventie heeft zijn rol bijvoorbeeld door antirookmaatregelen, product- en verkeersveiligheid, gedrag veranderen via educatie en sensibilisering.

De Belgische en Vlaamse realisaties op het vlak van gezondheid zijn fraai maar er is zeker nog heel wat gezondheidswinst te halen en meer dan voldoende uitdagingen. De investeringen in preventie zijn in ons land nog steeds ondermaats. Chronische ziektes stijgen, de geestelijke gezondheid staat onder druk, er is een gezondheidskloof die maar niet gedicht geraakt... We pleiten voor een verdubbeling van het Vlaamse budget voor preventie tot 140 miljoen euro.

De overheden moeten een politiek voeren waarin gezond gedrag zo eenvoudig mogelijk wordt gemaakt voor de burger, met respect van de persoonlijke, individuele keuzes. Gezonde keuzes worden immers sneller aangenomen in een omgeving en aanbod die prikkelt tot bewegen, ontspannen en een gezonde knabbel eten. Ook moet ingezet worden op het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden van iedereen, met extra aandacht voor kansengroepen en kinderen.

### Extra aandacht voor een gezonde openbare ruimte

Gezondheid wordt natuurlijk niet alleen beïnvloed door levensstijl. Ook de omgeving waarin we leren, werken, wonen, ontspannen speelt een belangrijk rol in de (on)gezonde keuzes die iemand maakt. Hoe een fysieke omgeving ingericht is, heeft effect op de leefstijl, sociale contacten en breed welbevinden van een buurt. Eenzaamheid, hinder, onveiligheid, ontevredenheid over je woonplaats zijn slecht voor het welbevinden. Waar alles mooi in elkaar klikt, is het dan weer fijner wonen, werken, school gaan.

De overheden moeten daarom inzetten op een kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke en aantrekkelijke openbare ruimte met veel groen. Ze moet gaan voor groene rustplekken in het drukke leven van elke dag. Een bijkomende plus is dat bomen, parken, groen op en aan huizen, waterpartijen een dempend effect hebben op temperatuur, handig nu meer hete zomers in de toekomst worden voorspeld. Maar er is meer: groen zet aan tot meer wandelen, ontspannen en algeheel bewegen allemaal een opsteker voor fijne contacten en finaal sociale samenhang en levenskwaliteit.

Wij vragen:

- Aangename en veilige openbare ruimte met veel groen en beschikbare gezonde voeding. Vooral ook in minder kansrijke buurten.
- Minder blootstelling aan fijn stof en geluidshinder.
- Een ander mobiliteitsbeleid waarin het accent ligt op aantrekkelijk en veilig actief transport met fiets of te voet.
- Ook in de virtuele wereld meer focus op een gezonde levensstijl met bijvoorbeeld richtlijnen rond media, kindermarketing, onderzoek naar de gevolgen van continue bereikbaarheid op stress.
- Een constructieve en intense samenwerking tussen de verschillende Belgische beleidsniveaus.

- Voldoende investeringen om aan een creatieve, innovatieve en effectieve preventie te werken die mensen de goesting en de vaardigheden geeft om elke dag gezonde keuzes te maken.

#### Een rookvrije toekomst

- We ondersteunen de acties van Generatie Rookvrij en zijn voorstander van maatregelen voor een rookvrije toekomst.
- We willen voorkomen dat er nieuwe rokers komen. We ijveren er voor dat kinderen rookvrij kunnen opgroeien en dat jongeren beschermd worden tegen de verleiding om te beginnen met roken.
- We willen dat mensen die willen stoppen met roken nog beter worden geholpen en ondersteund.



### 3. Investeer in een betaalbare en tariefzekere zorg. Bouw de patiëntenfactuur af

#### Probleemstelling

Uit de meest recente editie van de gezondheidsenquête (WIV, 2015) blijkt dat 26 % van de huishoudens de bijdragen voor gezondheidszorgen moeilijk in te passen vinden in het huishoudbudget. Het inkomen speelt een grote rol in die perceptie: bij de laagst verdienende huishoudens stelt niet minder dan 53 % dat de uitgaven van gezondheidszorgen moeilijk om dragen zijn.

De perceptie vertaalt zich ook in zorguitstel. Zo geeft 8 % van de huishoudens aan dat financiële belemmeringen er de oorzaak van waren dat ze in de loop van de afgelopen 12 maanden medische zorgen, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorgen moesten uitstellen. Op de vraag 'hoe vaak je heb je dringende zorg uitgesteld?' antwoorden 4,7 % van de Belgen positief. Bij het laagste percentiel is dat 10 %.

Bovendien zorgde het krappe budgettaire klimaat van het afgelopen decennium dat onvoldoende geïnvesteerd kon worden in nieuwe behoeften en onvervulde noden.

De Socialistische Mutualiteiten roepen de volgende regering(en) op te investeren in de ziekteverzekering zodat ze gelijke tred kan houden met de oplopende kosten door vergrijzing en medische innovatie, en kan inzetten op onvervulde noden en een afnemende patiëntenfactuur.

#### Oplossingen

##### Tariefzekerheid voor de patiënt

De kwaliteit van de zorg mag niet afhangen van de portemonnee van de patiënt. Ons ziekenfonds is voorstander van een 21ste eeuw zonder arbitraire en onzekere ereloonsupplementen.

We pleiten voor een verbod op ereloonsupplementen gekoppeld aan een herfinanciering van alle ziekenhuizen, artsen en andere zorgverstrekkers op een billijke manier (zie infra) en een solidarisering van de hospitalisatieverzekeringen (zie supra).

Op korte termijn kunnen volgende overgangsmaatregelen genomen worden

- De ereloonsupplementen beperken tot 100 % in ziekenhuizen. Op basis van de IMA-studie zou dit 192 miljoen euro minder opleveren aan artsen en ziekenhuizen op een totaal bedrag ereloonsupplementen van 531 miljoen euro (cijfers 2015). We stellen voor dit bedrag te compenseren via een bijkomende solidariteitstaks op de hospitalisatieverzekeringen, maar billijk en gelijkmatig te verdelen over alle artsen en ziekenhuizen (zie concreet uitgewerkt voorstel [https://www.bondmoyson.be/wvl/contact/Pers/persbericht/Pages/Studie\\_appendectomie.aspx](https://www.bondmoyson.be/wvl/contact/Pers/persbericht/Pages/Studie_appendectomie.aspx)).
- De ereloonsupplementen verbieden wanneer de patiënt op doorverwijzing van de huisarts komt (zie infra).
- Herzien van het conventieysteem waarbij zorgverleners gestimuleerd worden om de tarieven te respecteren en ontmoedigd worden om supplementen te vragen.
- Sensibiliseren:
  - Meer informatie naar patiënt en zorgverstrekkers over voor- en nadelen van conventie. Een betere referentielijst van geconventioneerde/

niet-geconventioneerde zorgverleners is hierbij onontbeerlijk.

- Verplichting voor zorgverstrekkers om hun conventiegraad en de tarieven duidelijk zichtbaar te afficheren buiten aan hun praktijk en online. En dit op een concrete manier, waarbij duidelijk vermeld wordt wat het officieel ereloon is, wat het remgeld is en wat het bijkomend supplement is dat de zorgverstrekker vraagt.
- Een sensibiliseringscampagne die ook duidelijk uitlegt dat administratie- en coördinatiekosten niet zomaar aan de patiënt aangerekend mogen worden.
- De privacywetgeving moet aangepast worden zodat het makkelijker wordt om de aangerekende supplementen per zorgverstrekker in kaart te brengen.
- Afschaffen van partiële conventie. De mogelijkheid voor zorgverstrekkers om zich deels te houden aan de tarieven, deels supplementen te vragen, moet worden afgeschaft. Dit systeem is zeer moeilijk te begrijpen voor de patiënt, en draagt bij tot verschillende tarieven naar gelang setting, uurrooster ...
- Zorgverstrekkers stimuleren om aan te sluiten tot de conventie:
  - Sociaal statuut aantrekkelijker maken door bedrag op te trekken.
  - Het koppelen van het accreditatieforfait en het toekennen van de geïntegreerde praktijkpremie aan de conventie.
  - Prioriteit geven aan geconventioneerde zorgverstrekkers bij toekennen van budgetten.
  - Het sociaal statuut koppelen aan de duurtijd van conventie, waarbij de premie stijgt naarmate je langer trouw

blijft aan het conventiestatuut. Dit zorgt er ook voor dat zorgverstrekkers ontmoedigd worden zich eenmalig te deconventioneren.

- Opleggen van conventieverplichting voor het uitbouwen van samenwerkingsverbanden.
- Zorgverstrekkers ontmoedigen om te deconventioneren door:
  - De terugbetalingstarieven te verminderen bij deconventie.
  - Conventiegraad per discipline en zorgzone (voor eerstelijnsactoren op niveau eerstelijnszone, voor tweedelijnsactoren op niveau regionale zorgzone) vastleggen in plaats van per globale zorgverstrekkersgroep met een minimum aan 60 %.
  - Strengere conventioneeriseisen per zorgzone waarbij uitgegaan moet worden van het recht van elke patiënt om binnen redelijke tijd aan conventietarieven verzorgd te worden.

## Investeer in onvervulde noden

De Belgen betalen een kleine 10 miljard euro uit eigen zak voor hun gezondheidszorgen. Deze kosten zijn lang niet louter bestemd voor comfort- of ethische zorg. Er zijn ook noodzakelijke en onvermijdbare kosten bij, zoals tandzorg, psychologische zorg, brillen of hoorapparaten, waarvoor de patiënten alles of heel veel uit eigen zak moeten betalen.

Wij pleiten ervoor deze zorgen beter te vergoeden via de ziekteverzekering en schuiven een investeringspakket van 800 miljoen naar voren.

## Terugbetaling eerstelijnspsycholoog

Een laagdrempelige, betaalbare en goed op elkaar afgestemde geestelijke gezondheidszorg blijft een lacune in ons zorgaanbod. Maar ook meer aandacht binnen onze gezondheidszorg voor het geestelijk welbevinden is meer dan verantwoord.

Van alle middelen die ons land besteed aan gezondheidszorg gaat ca. 6 % naar de GGZ. Dit is weinig wetende dat de kosten van psychisch onwelzijn geschat worden op 3,5 tot 4 % van het BBP (ziekteverzuim, invaliditeit, werkloosheid, productiviteitsverlies ...).

In België zijn ongeveer 35 % van alle aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen het gevolg van psychische problemen. Het gebruik van antidepressiva blijft problematisch: tussen 2004 en 2012 nam dit met 45 % toe. Het Vlaamse zelfmoordcijfer bevindt zich 1,5 maal hoger dan het Europees gemiddelde. Het is dus dringend nood dat er een inhaalbeweging komt en er fors geïnvesteerd wordt in de geestelijke gezondheidszorg.

De Socialistische Mutualiteiten wensen:

- Geestelijke gezondheidszorg mag niet los gezien worden van somatische chronische ziekten.
- Geestelijke gezondheidszorg verdient meer middelen en aandacht binnen de gezondheidszorg en ziekteverzekering.
  - Topprioriteit is de uitbouw van een breed toegankelijke en generalistische psychologische hulpverlening op de eerste lijn. Deze zorg moet ingebed worden in de bestaande GGZ-netwerken en zo nabij mogelijk aanwezig zijn dichtbij de mensen. We denken hier huisartsenpraktijken, wijkgezondheidscentra, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, OCMW's ...
  - De lopende hervormingen binnen de GGZ moeten onverdroten worden bestendigd en verdiept. Concreet moet er eindelijk een wettelijke en structurele verankering komen van de zogenaamde "107 netwerken". Dit zijn netwerken die zowat alle betrokken voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg groeperen zoals psychiatrische ziekenhuizen, Beschut Wonen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg ... en dit in akkoord met zowel de federale overheid als de deelstaten. De bedoeling van deze netwerken is om de verdere afbouw van ziekenhuisbedden naar meer ambulante zorg te garanderen en mogelijk te maken dat alle functies van de GGZ verder worden uitgebouwd.
  - Meer investeren in ambulante zorg omvat – naast en aansluitend bij een eerstelijnspsychologische zorg – een sterke tweedelijnszorg zonder wachttijden en vooral betaalbare huisvesting met passende begeleiding voor mensen met psychologische kwetsbaarheid.



- Voor de eerstelijnspsychologische zorg pleiten we concreet voor:
  - Een laagdrempelig aanbod toegankelijk zonder doorverwijzing en met een derdebetalersregeling voor de vergoeding of terugbetaling van 8 sessies en dit zonder supplementen.
  - Dit eerstelijnsaanbod gebeurt door wettelijk erkende klinisch psychologen met voldoende ervaring. Samenwerking binnen een bestaand GGZ-netwerk dat interdisciplinair werkt is hierbij vereist zodat er garantie is voor een passende doorverwijzing en de nodige kwaliteitsbewaking.
  - Voor de nieuw uit te bouwen eerstelijnszorg is een voldoende groot budget absoluut noodzakelijk om te vermijden dat heel wat mensen buiten de boot vallen en de kwaliteit van de zorg is verzekerd. Meerdere ramingen spreken van ruim 230 miljoen euro die minstens nodig is.

## Een betere terugbetaling voor tandzorgen

De helft van de tandzorgen in ons land zijn niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Steeds meer nieuwe zaken zoals implantaten, kronen of bruggen worden niet of veel te weinig terugbetaald, met als gevolg dat mensen toevlucht nemen tot een tweede keuze (voorbeeld een vals gebit), zich bijkomend en duur verzekeren of de zorgen uitstellen.

Ook de hoge deconventiegraad bij tandartsen zorgt voor toenemende problemen. Het wordt steeds moeilijker, in sommige regio's soms zelfs onmogelijk een tandarts te vinden die de officiële tarieven respecteert, zelfs voor de jaarlijkse controle. Mensen weten niet op voorhand wat ze moeten betalen bij hun tandarts en stellen zorg uit.

Een serieuze investering in tandzorg (we denken aan een bedrag van 500 miljoen euro) met als doelstelling het volledig pakket noodzakelijke tandzorg goed terug te betalen en de conventiegraad bij tandartsen te verhogen, dringt zich op. Hierbij moeten ook stappen gezet worden om de preventieve tandverzorging (deels) te verschuiven naar mondhygiënisten zodat ook een antwoord geboden wordt op het tekort aan tandartsen,

Het mondzorgtraject waarbij mensen meer moeten betalen als ze niet jaarlijks naar de tandarts gaan moeten geëvalueerd worden.

## Oogcorrecties: betere terugbetaling voor meer personen

We pleiten voor een terugbetaling van brilglazen en lenzen voor meer mensen. Ook moet de terugbetaling van refractaire chirurgie overwogen worden, waarbij mensen minstens de keuze krijgen het terugbetalingsbedrag dat ze anders voor brillen of lenzen krijgen, hiervoor aan te wenden.

De Socialistische Mutualiteiten willen een gefaseerde verlaging van de vereiste dioptrie bekomen. Het is zeer moeilijk hier een budget op te plakken, gezien we geen zicht hebben op de oogsterkte van onze leden. Uit de enquête onvervulde noden blijkt evenwel dat veel mensen een bril nodig hebben terwijl vandaag slechts een zeer klein aandeel een terugbetaling genieten. Budget van de sector bedraagt zo'n 35 miljoen euro momenteel. Een verdubbeling van dit budget lijkt in eerste instantie aangewezen. We koppelen hier ook een volledig transparante prijs voor de patiënt aan.

The infographic features a red background with white text and symbols. At the top is a large white 'E' logo. Below it are the letters 'M E' in a stylized font. A large '60%' is prominently displayed. To the right, a white arrow points to the text: 'Zoveel oogartsen kiezen ervoor om de wettelijke tarieven niet te respecteren.' At the bottom, there are several small symbols including 'M', 'E', and 'W'.

## Hoorapparaten: betere terugbetaling voor meer personen

De uitgaven van de ziekteverzekering voor hoorapparaten bedroegen 67,1 miljoen euro in 2017. De patiënten betalen een groter bedrag uit eigen zak: 82,4 miljoen euro aan supplementen en 4,3 miljoen euro aan remgeld

Een volwassene betaalt per toestel gemiddeld 878 euro uit eigen zak, wetende dat 90 % van de mensen die een hoor-oplossing aanschaft twee toestellen draagt kom je op 1.756 euro ten laste van de patiënt. Sinds 2013 steeg de prijs van een hoortoestel met 8,9 %, dus sneller dan de gezondheidsindex (5,5 %). Heel veel mensen stellen deze zorg uit om financiële of andere redenen.

Wetende dat de penetratiegraad van hoortoestellen in België een stuk lager dan het Europees gemiddelde ligt (49 % vs. 58 %) is dit onhoudbaar.

Wij vinden dat je als patiënt recht moet hebben op een betaalbaar hoortoestel met minimum 8 kanalen, halfautomatisch gebruik ... Daarvoor zal een bijkomend budget nodig zijn van minstens 32 miljoen euro (320 euro extra\*100 duizend toestellen). Willen we naar een minimum van 12 kanalen, dan spreken we over een budget van 67 miljoen euro (670\* 100 duizend toestellen).

Parallel hieraan moeten kwaliteitseisen in de sector worden opgelegd, gaande van minimaal 30 proefdagen, over dagelijkse bereikbaarheid audiciens en een grotere onafhankelijkheid van audiciens ten opzichte van de producenten. Voor een betere patiëntenzorg zou aangegeven zijn dat audiciens alle merken kunnen aanbieden in plaats van enkel de merken waarmee ze een overeenkomst hebben. We koppelen hier ook een volledig transparante prijs voor de patiënt aan.

Daarenboven willen wij verder inzetten op een betere terugbetaling van toestellen met botverankerde begeleiding.

## Ziekenvervoer en andere sectoren

Ook in andere sectoren moet worden geïnvesteerd in patiëntvriendelijke maatregelen, die de zorg beschikbaar en betaalbaar maken. Denk maar aan bandagisterie, medische voeding, medische hulpmiddelen waar de onvervulde noden stelselmatig toenemen maar ook het niet-dringend ziekenvervoer dat ondertussen een bevoegdheid is van de deelstaten.

Voor het dringend vervoer (112) heeft men de persoonlijke tussenkomst hervormd en beperkt tot 60,00 euro, maar ondertussen worden patiënten die gebruikmaken van het niet-dringend 112 “intermediair” opgescheept met peperdure facturen. Dergelijk vervoer zal (en is er al) er meer en meer komen als gevolg van de vorming van ziekenhuisnetwerken. Patiënten zijn dus eigenlijk voor een stuk financieel het slachtoffer van die ziekenhuisnetwerken.

Er moet ook een hogere tegemoetkoming vanuit de verplichte ziekteverzekering zijn voor vervoer nierdialysepatiënten. De tegemoetkoming is nu al jaren 0,25 euro/km, wat niet meer overeenstemt met de realiteit.

Voor chronische patiënten nemen de niet-terugbetaalde geneesmiddelen vaak een grote hap uit het gezinsbudget. We pleiten in eerste instantie voor de registratie van deze geneesmiddelen in Farmanet, met volgende dubbele doelstelling voor ogen:

- Bewaken van volksgezondheid en de eraan gerelateerde levenskwaliteit
- Garanderen van financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg.

Op basis van deze gegevens kunnen we overgaan tot een eventuele gerichte tussenkomst vanuit de verplichte ziekteverzekering – via een structurele terugbetaling, een forfaitaire vergoeding of de opname in de maximumfactuur.



## Randvoorwaarde: prijstransparantie en -zetting

Een absolute randvoorwaarde voor deze investeringen in onvervulde noden is dat er prijstransparantie en een overlegde prijszetting komt.

Op korte termijn is een tussenpiste om nieuwe zaken terug te betalen aan tarieven alternatieve verstrekkingen (bijvoorbeeld tandimplantaten) of aan een symbolische terugbetaling. Dit om een eerste terugbetaling te bekomen voor de patiënt, en om zicht te krijgen over de prijszetting en het volume.

## Investeer in ouderenzorg, zowel thuis als in woonzorgcentra

De Socialistische Mutualiteiten menen dat elke oudere het recht heeft om de zorg die hij nodig heeft te verkrijgen op de plaats die hem of haar het best past. Goede, toegankelijke, solidaire en betaalbare ouderenzorg is een sociaal basisrecht. Dit recht staat echter onder druk. Door de vergrijzing zal de ouderenzorg de komende jaren veel extra investeringen vergen, zowel in de thuiszorg als in de residentiële zorg. De Socialistische Mutualiteiten roepen de verschillende overheden van het land op om prioritair werk te maken van een duurzaam kader voor de financiering van de ouderenzorg, opdat zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de zorg voor elke oudere gegarandeerd is en blijft.

- Werk de onder-financiering voor de woonzorgcentra weg: De verschillende rusthuisbarometers van ons ziekenfonds tonen aan dat de een verblijf in een rusthuis duur is en dat de kosten in stijgende lijn zijn. Die hoge kost is gedeeltelijk te wijten aan een onder-financiering vanuit de overheid waarbij deze onvoldoende personeel financiert en de factuur wordt doorgeschoven naar de bewoner. We roepen de volgende Vlaamse en Brusselse regering op om werk te maken

van een 100 % RVT-dekking. Met een budget van 67 miljoen euro voor Brussel en 290 miljoen euro voor Vlaanderen kan de huidige onder-financiering worden weggewerkt: hiermee kunnen alle zwaar zorgbehoevenden rekenen op de noodzakelijke RVT-omkadering en kan de personeelsomkadering voor de ouderen met een O- en A-profiel worden opgetrokken naar een meer realistische norm. Daarnaast zal gekeken moeten worden of de huidige RVT-omkadering voldoende is om een kwaliteitsvolle zorg te garanderen.

- Zet in op verdere uitbreiding en een gediversifieerd aanbod: Vlaanderen zal daarbovenop nog bijkomende middelen moeten voorzien om de noodzakelijke uitbreiding van de sector te realiseren, in het licht van de vergrijzing.. Hierbij moet ingezet worden op een gediversifieerd zorgaanbod, met naast rusthuisbedden ook onder andere meer kortverblijf, dagverzorging en thuiszorg. In Brussel zijn er nu reeds voldoende woongelegenheden om de vergrijzing op te vangen. Ons ziekenfonds roept de volgende Brusselse regering op om geen nieuwe rusthuisbedden te erkennen maar daarentegen in te zetten op een verdere reconversie en de uitbouw van respijt- en thuiszorg.
- Maak werk van een proactief dagprijzen- en supplementenbeleid voor woonzorgcentra:
  - Maak komaf met de grotendeels vrije prijszetting: stel dagprijsmarges in voor de instellingen op basis van objectieve criteria, zoals het aanbod en de kwaliteit van de infrastructuur en de hotelfunctie. Voorzie ook marges voor de supplementen.
  - Bescherm de rusthuisbewoner tegen prijsverhogingen: een aanpassing van de dagprijs (met uitzondering van indexering) vormt wel degelijk een aanpassing van de overeenkomst tussen de bewoner en

de instelling. De bewoner inlichten via de bewonersraad zoals vandaag voorzien is, is onvoldoende. De Socialistische Mutualiteiten zijn voorstander van de invoering van een prijsgarantie.

- Bekijk welke supplementen in de dagprijs geïntegreerd kunnen worden. Dit maakt een betere onderlinge vergelijking tussen rusthuizen mogelijk. We denken bijvoorbeeld aan kosten voor de was alsook abonnement voor televisie of telefoon.
- Zorg voor een permanente monitoring van de evolutie van de dagprijzen en de supplementen in de rusthuizen. Noodzakelijke randvoorwaarden hierbij zijn:
  - Verplichte elektronische facturatie: het grote merendeel van de rusthuizen factureert vandaag nog via het papieren circuit.
  - Aan de hand van een transparante factuur op maandbasis. De huidige kostennota vormt een goede basis, mits een aantal aanpassingen (zoals de verplichte vermelding van de categorieën kosten voor arts, kinesist, polikliniek en laboratorium, de vermelding van alle supplementencategorieën die zijn voorzien in de regelgeving en de vermelding van de prijs per eenheid en het aantal eenheden).
- Investeer voldoende in thuiszorg, zodat oudere die verkiezen thuis te blijven wonen, kunnen rekenen op de nodige en betaalbare ondersteuning. Het huidige urencontingent moet afgestemd worden op de reële behoeften van de bevolking.
- Werk ook aan een nieuw financieringssysteem voor de thuisverpleging om het beschikbare budget van 1,6 miljard euro correcter in te zetten. Een goede

thuisverpleging met een correcte verloning is een basisvereiste voor een goede ouderenzorg.

## Mantelzorg en thuiszorg zijn complementair

Een enquête bij bijna 3.000 Vlamingen tussen 45 en 75 jaar oud in opdracht van de Socialistische Mutualiteiten toont aan dat mantelzorg en thuiszorg samen een enorme bijdrage leveren aan de zorg voor ouderen. Dankzij de tandem worden 71 000 rusthuisverblijven uit- of afgesteld.

Hetzelfde onderzoek toont echter ook aan dat er nauwelijks nog ruimte is voor een verdere 'vermaatschappelijking van de zorg': een betekenisvolle toename van de mantelzorg en dan vooral het soort mantelzorg dat een rusthuisopname uit- of afstelt is weinig realistisch.

Mantelzorg verlenen mag geen verplichting worden. We pleiten voor een ondersteunend beleid om de huidige hoge inzet van mantelzorg op peil te houden en om bij te dragen tot de levenskwaliteit van mantelzorgers en zorgbehoevenden waarvan de overgrote meerderheid het liefst zo lang mogelijk zelfstandig blijft wonen.

Mogelijkheden tot verbetering zijn administratieve vereenvoudiging (o.a. automatische rechtentoekenning), meer en flexibelere thuiszorg (toegenomen beschikbaarheid ervan 's avonds, 's nachts en in het weekend en de mogelijkheid om er occasioneel beroep op te doen), een betere combinatie met het werk (o.a. via een flexibilisering van de zorgverloven en een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid), toegankelijke informatie, meer ondersteuning door vrijwilligers, financiële steun en de verdere ondersteuning van woningaanpassing en uitbouw van alternatieve woonvormen en tussenoplossingen, zoals kangoerewonen, kortverblijf en dag- en nachtopvang.

Het gemiddelde pensioen van respectievelijk een nieuw gepensioneerde man en vrouw.



De Europese armoedegrens voor een alleenstaande.

3/4

Dat is het aandeel senioren dat hun eigen rusthuisfactuur niet kan betalen.

500 000

Zoveel alleenstaande ouderen zal Vlaanderen rijk zijn in 2030.

42%

Aantal 80-plussers dat niet naar een rusthuis wil.

## 4. Stem het financieringsmodel van zorgverleners af op interdisciplinaire en chronische zorg. Herijk de erelonen met aandacht voor competenties en met afschaffing van supplementen

### Probleemstelling

Zorgverstrekkers zoals artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen ... worden vandaag voor het grootste deel per prestatie vergoed. Ze krijgen een ereloon voor elke verrichte prestatie, zoals een raadpleging, een operatie, een bloedonderzoek ...

Dit financieringsmodel heeft zijn voordelen zoals een grote beschikbaarheid, flexibiliteit en klantvriendelijkheid. Maar het kent ook nadelen. Het zet zo aan tot overconsumptie (hoe meer verstrekkingen, hoe meer inkomen) en geeft geen stimulans voor kwaliteit, integendeel, het kan zorgverstrekkers aanzetten patiënten zo lang mogelijk in een afhankelijke positie te behouden. Ook zaken zoals samenwerking, geïntegreerde zorg en informatiedeling die met name voor chronische zorg cruciaal is, blijven met dit verloningssysteem vaak in de koud staan.

Internationaal en wetenschappelijk is er overtuigend bewijs dat een gemengde financiering (ook soms het cappuccinomodel genoemd) de beste resultaten aflevert. Daarbij wordt uitgegaan van volgende onderdelen

- Prestatiefinanciering: zorgverleners krijgen een beperkte vergoeding per verrichte verstrekking. Deze financieringsvorm stimuleert een optimale beschikbaarheid van zorgverleners en vermijdt onder-behandeling. Er kan ook voorzien worden om voor uitzonderlijke

gevallen, verstrekkingen buiten de normale werkuren, bijzondere aandoeningen die een grotere werkbelasting vereisen, meer prestatiefinanciering te voorzien.

- **Praktijkfinanciering:** zorgverleners krijgen een forfaitair bedrag om de investerings- en werkingskosten van de praktijk te dekken. Voor de kost van de praktijkruimte kan bijvoorbeeld eenmalig een gestandaardiseerd bedrag berekend worden op basis van vereiste ruimte, inrichting en apparatuur. Daarnaast kan een vast bedrag voor 'werkingskosten' (energie, internet, software, onderhoud ...) per jaar voorzien worden.
- **Capitatiefinanciering:** zorgverleners krijgen een forfaitair bedrag per patiënt om hun zorg te garanderen. Dat systeem bestaat vandaag al in de wijkgezondheidscentra. Deze vergoeding wordt zo goed mogelijk afgestemd op de zorgbehoeften van de patiënt. Patiënten op jonge leeftijd vergen zo gemiddeld minder werkbelasting ... Deze financiering vergoedt ook samenwerking, overleg, informatiedeling ...
- **Kwaliteitsfinanciering:** zorgverleners worden beloond voor kwaliteit. Dit kan zich uiten op verschillende manieren (outcome, proces ...) of bijvoorbeeld preventiefinanciering waarbij zorgverleners vergoed worden voor preventieve verstrekkingen, ook als die digitaal zijn. Ook kan nagedacht worden om zorgverstrekkers een soort 'dividend' te geven naarmate de bevolking in hun zone gemiddeld gezonder wordt.
- In de pilootprojecten chroniccare die nu lopen, is de mogelijkheid voorzien te experimenteren met nieuwe financieringsmodellen. Een optie – die evenwel nog wettelijk verankerd moet worden - is het invoeren van bundled payment waarbij het project een a priori normbudget krijgt om de volledige zorg voor zijn patiënten te financieren.
- Parellel aan de discussie hoe het financieringsmodel er moet uitzien, stelt zich de vraag wat een billijk inkomen is voor zorgverleners.



De huidige nomenclatuur is op veel plaatsen verouderd, en geeft een relatief grotere vergoeding aan technische verstrekkingen, zoals bloedonderzoeken, scans en radiografieën ... dan aan intellectuele prestaties, zoals het gesprek met en klinisch onderzoek van de patiënt. Ook worden bepaalde specialismen beter vergoed dan andere. De ambitie tot een herijking van de nomenclatuur ligt al jaren op de tafel, maar behalve studies worden geen stappen gezet. De vraag gesteld worden wat een billijk inkomen is voor zorgverstrekkers.

## Oplossing

De Socialistische Mutualiteiten gaan voor een gemengd financieringssysteem voor zorgverleners waarbij capitatief-, praktijk-, prestatie- en kwaliteitsfinanciering in onderling overleg worden vastgelegd.

Het uitgangspunt daarbij moet zijn dat zorgverleners gehonoreerd worden tot kwaliteit en samenwerking, eerder dan tot kwantiteit en concurrentie. De chronische opvolging van de patiënt op meerdere vlakken moet centraal staan.

Het financieringssysteem moet voldoende prikkels geven aan preventie en innovatie.

Hoe de verhoudingen tussen deze 4 basiscomponenten moeten of kunnen liggen, moet het voorwerp uitmaken van overleg. Het hangt af van het type zorgverstrekker. Voor een huisarts die patiënten jaren na elkaar opvolgt, moet het gewicht van capitatiefinanciering doorwegen. Voor een hypergespecialiseerde specialist die de patiënt bij wijze van spreken maar tweemaal zit, is de prestatiefinanciering belangrijker.

Een herijking zodat alle zorgverleners billijk vergoed worden rekening houdend met competenties, ervaring, verantwoordelijkheden ... is urgent, ook gezien de komst van nieuwe noden, nieuwe zorgberoepen en de toenevende supplementen om individuele loonverwachtingen te voldoen.

De Socialistische Mutualiteiten schuiven de volgende principes naar voren:

- De vergoeding van zorgverleners moet rekening houden met competenties, ervaring, verantwoordelijkheden, werklast, beschikbaarheid ... en niet langer met individuele inkomensverwachtingen. Zo'n model werd onlangs ingevoerd voor het zorgpersoneel (IFIC-classificatie).
- De herijking moet rekening houden met nieuwe zorgberoepen (genetisch counsellor, tandhygiënist, casemanager, optometrist ...) en met nieuwe zorgvormen zoals telegeneeskunde en –monitoring.
- De herijking moet hand in hand gaan met een verbod op ereloon supplementen en uitgaan van een correct en billijk inkomen.
- De vraag stelt zich of een referentie- of norminkomen aan de orde is. Vanuit ethisch oogpunt en gezien met publieke middelen gewerkt wordt, is ons ziekenfonds hier voorstander van.
- Zorgverleners in ziekenhuizen of andere instellingen moeten de keuzevrijheid krijgen om een werknemersstatuut op te nemen.
- De financierings-, kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden moeten onafhankelijk zijn van de setting.

## 5. Zorgorganisatie: naar een naadloos en warm samenwerkingsnetwerk rond de patiënt en met voldoende zorgpersoneel

### Probleemstelling

De zorgorganisatie in België is erg gestoeld op acute en somatische zorg. Dit terwijl de behoeften van de bevolking sterk gewijzigd zijn, en er veel meer nood is aan chronische zorg met een doorgedreven ontschotting tussen mantelzorg, eerstelijnszorg, welzijn, gespecialiseerde zorg, zelfzorg, preventie, mentale zorg ...

In België geeft meer dan 1 op 4 personen (28,5 % in 2013) van 15 jaar en ouder aan dat hij/zij lijdt aan tenminste 1 chronische ziekte en meer dan 1 op de 3 personen van 65 jaar en ouder minstens 2 belangrijke chronische aandoeningen.

Chronische aandoeningen hebben impact op het dagelijks functioneren en dus de kwaliteit van leven. Ze worden vaak gekenmerkt door multi-morbiditeit (meerdere ziektebeelden tegelijkertijd) en kunnen samengaan met bijkomende kwetsbaarheid, zoals invaliditeit, inkomensverlies en beperkingen om deel te nemen aan het sociale leven. Een persoon met een chronische aandoening heeft heel wat behoeften die niet louter medisch zijn, maar ook psychologisch (verwerking diagnose), sociaal (aangepaste huisvesting of inkomensverzekering) en spiritueel (levenszin) van aard zijn.

Om de groeiende groep van chronisch zieken passende zorg te geven is er nood aan een geïntegreerd zorgaanbod waar de diverse zorgactoren op een gecoördineerde manier samenwerken en waar de patiënt centraal staat. De pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronische aandoeningen stoelen op deze idee.

Dit zorgaanbod vereist een andere zorgorganisatie, waarbij de verschillende lijnen niet in concurrentie met elkaar gaan, maar in samenwerking en op het juiste moment hun meerwaarde bieden aan de patiënt. Er wordt daarbij uitgegaan van een interdisciplinair netwerk rond de patiënt, en zo dicht mogelijk bij de patiënt.

Belang moet hierbij gegeven worden aan menselijke zorg. In de krappe budgettaire situatie en het streven naar zo veel mogelijk efficiëntie, is het gevaar reëel dat er bezuinigd wordt op zorgpersoneel, dat de druk om snel te werken steeds toeneemt, dat er geen tijd meer is voor een babbel of een knuffel met patiënten en mantelzorgers, dat patiënten gezien worden als nummers en als lopende band werk.

### Oplossing

1. Ga voor warme zorg met een samenwerkend netwerk rond de patiënt in plaats van concurrerende lijnen. Netwerkgorg vereist samenwerking met elkaar en dit vertrekend vanuit het principe 'de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste persoon'
  - Meer aandacht voor preventie en welzijn en voor zelfzorg door de patiënt. In het snel evoluerende landschap van allerhande zelfmanagementapps is het aangewezen duidelijk te scheppen over betaalbaarheid en kwaliteit ervan. De patiënt heeft ook toegang tot zijn medisch dossier via MyHealthViewer.
  - Erken de meerwaarde van mantelzorgers en vrijwilligers maar overvraag ze niet en bied voldoende ondersteuningsmaatregelen. De afbouw van formules van tijds krediet is in dit verband contraproductief.
  - Zet in op de uitbouw van thuiszorg zodat patiënten die thuis willen/kunnen blijven, de nodige en betaalbare zorg en ondersteuning krijgen.
  - Een interdisciplinaire toegankelijke eerste

lijn met een huisarts die een inhoudelijk en kwalitatief gestoffeerd globaal medisch dossier bijhoudt.

- Bij de meest kwetsbare patiënten waar de zorg niet verloopt naar behoren, kan een casemanager tijdelijk aangesteld worden om de zorgcoördinatie weer op punt te stellen. De casemanager moet de rol van bemiddelaar, advocaat ... van de patiënt opnemen en moet situaties waar de zorg spaak loopt weer op de rails krijgen. Om de neutraliteit te bewaken, is het belangrijk dat de casemanager buiten het zorgteam functioneert. Casemanagement kan door verschillende zorgprofielen worden opgenomen, die afhankelijk van de wensen en de behoeften van de patiënt.
- Een performant en vlot toegankelijk zorgaanbod tijdens de avond- en nachturen. Dit vereist zo een verdere uitbouw van huisartsenwachtposten, die ook het onnodig gebruik van spoeddiensten moet terugdringen.
- Een tweede lijn die vlot en betaalbaar toegankelijk is - bij voorkeur na doorverwijzing door een huisarts – en waarbij de gegevensdoorstroming over het netwerk heen geïntegreerd verloopt. Algemene ziekenhuizen nemen enkel tweedelijnszorg voor hun rekening. De ingezette vorming van ziekenhuisnetwerken moet worden voortgezet, ook in wisselwerking met de eerstelijnszones, en dit afgestemd op de behoeften van de bevolking.
- Derde lijn. Universitaire ziekenhuizen focussen zich op gespecialiseerde zorg en zijn expertise- en speerpuntcentra. De triage van spoedgevallendiensten gebeurt door huisartsen bij de algemene ziekenhuizen. De universitaire ziekenhuizen hebben geen rechtstreeks toegankelijke spoedgevallendienst meer, enkel de algemene ziekenhuizen hebben die.

Ondersteun de pilootprojecten 'geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' verder. De bedoeling van deze projecten is om de zorg voor mensen met een chronische aandoening beter te stroomlijnen. Zorgverleners en -instellingen zullen beter samenwerken rond en met de patiënt, zodat die kan rekenen op betere zorg én een betere levenskwaliteit. Ook kunnen ze innovatieve zorgvormen invoeren en experimenteren met nieuwe financieringsmodellen. De Socialistische Mutualiteiten roepen de komende regering(en) hun schouders achter dit project te blijven zetten, en te bekijken hoe 'best practices' structureel kunnen worden uitgerold.





## Interculturele bemiddeling

De behandelingskloof treft vooral de meest kwetsbare groepen zoals mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs. Daarnaast gaat het ook over personen met een migratieachtergrond die bijkomende barrières kunnen ondervinden voor het bereiken van een gelijke toegang en kwaliteit van de zorg. Het inzetten van interculturele bemiddelaars kan de zorgverlening aan deze patiënten verbeteren. Het is dan ook goed dat de overheid dit inmiddels heeft erkend en in bepaalde sectoren reeds financiert. Interculturele bemiddelaars zijn nu reeds actief binnen o.a. Kind & Gezin, de Centra voor Leerlingenbegeleiding, de Brusselse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en in de ziekenhuizen. De kerntaken van deze bemiddelaars zijn ondersteuning bieden tijdens doktersbezoeken via tolken, hulp op praktisch vlak, hulp bij conflicten ...

Wij vragen een verdere ondersteuning van deze interculturele bemiddelaars, en dit zowel in de residentiële voorzieningen maar ook in de ambulante zorg. Met de oprichting van de vele netwerken is dit een haalbare kaart zijn, en dit bij prioriteit in de grootstedelijke gebieden. Daarnaast vragen we dat alle zorgverstrekkers voldoende rekening houden met de culturele barrières.

### 2. Investeer in een toegankelijke en centrale eerstelijnszorg

De gezondheidszorg moet nabij zijn voor iedereen. Dit veronderstelt een toegankelijke eerstelijnszorg. De patiënt moet op een snelle wijze terechtkunnen bij een interdisciplinaire eerstelijnszorg en dit op een tariefzekere en betaalbare manier.

Een studie van het Intermutualistisch Agentschap van 2017 bevestigt dat de wijkgezondheidscentra een zeer pertinente schakel vormen in onze Belgische gezondheidszorg, zowel op vlak als toegankelijkheid als op vlak

van kwaliteit. De studie toont ook duidelijk aan dat het model mogelijkheden biedt in termen van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Maar het model moet ook geoptimaliseerd en verfijnd worden.

De Socialistische Mutualiteiten pleiten voor de uitrol van interdisciplinaire gezondheidscentra 2.0 die volgende principes honoreren.

- Laagdrempelig en zonder verwijzing toegankelijk. Dit veronderstelt een voldoende aanbod zonder financiële drempel via het derdebetalerssysteem.
- Een interdisciplinair en continu aanbod bieden, en inzetten op preventie.
- De financiering moet erop gericht zijn dat de mens meer dan de ziekte centraal staat. Ze moet continuïteit van zorg garanderen en risicoselectie tegengaan.
- Ingebed zijn in een netwerk met andere zorg- en welzijnsverstrekkers.
- Bijzondere aandacht geven aan een kwetsbaar publiek.
- Inzetten op begrijpelijke informatie voor de patiënt en inzicht geven over de kwaliteit van de zorg.
- Inzetten op hun rol als eerste aanspreekpunt en doorverwijzer naar de tweede en derde lijn. We stellen daarom voor dat patiënten na verwijzing door de eerstelijnscentra snel en zonder supplementen naar de specialist kunnen. Zorg ervoor dat patiënten die op doorverwijzing van hun huisarts naar de specialist gaan de garantie hebben dat ze binnen de 2 weken (of 4 weken in bepaalde gevallen of onverwijld voor heel urgente).
- Zorg voor voldoende administratieve ondersteuning van de eerstelijnszorgverleners en de juiste zorg op de juiste plaats. Investeer in administratieve eenvoud en garandeer de beschikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en veiligheid van de eHealth-diensten).

### 3. Investeer in voldoende zorgpersoneel

Het zorgpersoneel moet meer dan nu in staat zijn om “meer tijd vrij te maken” voor de patiënt.

Of zoals Bea Cantillon het onlangs in een interview treffend verwoordde:

“De tertiaire sector is aan het verschuiven naar de quataire sector, de zorg. Dat is op zich een zeer positieve ontwikkeling in de geschiedenis van de mensheid. We moeten ons niet meer bezighouden met het land om te ploegen. We moeten ons niet meer bezighouden met kolen te kappen. We moeten ons niet meer bezighouden met boekhouden. Door technologie krijgen we ruimte om andere dingen te doen, met name zorgen voor elkaar. Dat is een fantastische ontwikkeling, maar we erkennen haar nog niet. We zitten nog altijd met de overtuiging dat we vooral jobs moeten creëren in de private sector, op de reguliere arbeidsmarkt, met wat subsidies hier en daar, en vooral veel lastenverlagingen. Terwijl we eigenlijk de beweging moeten maken naar zorg, zorg, zorg. Die verschuiving naar de quataire sector is een goeie ontwikkeling voor al wie zorgbehoevend is, maar ook voor zorgverleners. Het is veel zinvoller om voor iemand te zorgen dan cijfertjes te tellen in een anoniem bedrijf. Daar worden we allemaal beter van.”

Investeer dus voldoende in zorgpersoneel zodat kwaliteitsvolle en menselijke zorg gegarandeerd kunnen worden.

Breng daarom onder meer het aantal verpleegkundigen in België op het Europees niveau. Dit veronderstelt een aanzienlijke extra investering tot 1 miljard euro (berekeningen Zorgnet).

Volgens OESO hebben de Belgische verpleegkundigen gemiddeld 10,8 patiënten onder hun hoede, waar het gemiddelde in de andere Europese landen ligt op 8,3. Studies tonen duidelijk het positieve verband aan tussen ‘verpleegtijd voor de patiënt’ en de kwaliteit van de zorg. Dit veronderstelt niet alleen hogere personeelsnormen maar ook meer (bij)scholing en aandacht voor het geestelijk welbevinden van de patiënt en diens omgeving/mantelzorgers.

### 4. Investeer in de juiste zorgprofielen en een zorgaanbod gebaseerd op zorgbehoeften

De juiste zorg moet door de juiste persoon op de juiste plaats worden uitgevoerd, rekening houdend met de behoeften van de bevolking en de competenties van de zorgverstrekkers.

Netwerkgorg vereist een herdenking van beroepsprofielen zoals eerstelijnszorgcoördinatoren, gezondheidspromotoren, praktijkondersteuners, casemanagers, mondhygiënisten ... Het is belangrijk dat de volgende regeringen een wettelijk kader hiervoor uitbouwen alsmede een aangepaste financiering voorzien.

Dit kan ook een antwoord bieden op het tekort aan bijvoorbeeld oog- of tandartsen, en de klemtoon verleggen van acute naar meer chronische zorg. Ook in de verpleegkundige zorg moet werk gemaakt worden van duidelijke taakverdeling tussen verpleegkundige, zorgkundige of verzorgende. Vandaag is het zo dat toiletten al te vaak door verpleegkundige worden uitgevoerd, terwijl ze even goed door een verzorgende kunnen worden opgenomen. Dit is deels ingegeven door de bevoegdheidsverdeling en deels door het feit dat verpleegkundige zorgen gratis zijn voor de patiënt en een verzorgende betaald moet worden door de patiënt.

Sommige taken kunnen ook vanop afstand worden uitgevoerd. Het is goed om innovatief aan de slag te gaan met nieuwe profielen én nieuwe werkvormen en te zien hoe zorg op afstand aanvullend kan zijn op de zorg ter plaatse.

Belangrijk tevens dat het zorgaanbod gepland wordt rekening houdend met de behoeften van de bevolking. De cijfers spreken zo voor zich met betrekking tot het overaanbod aan kinesitherapeuten, vroedvrouwen en logopedisten. Anderzijds is er een (risico op) een (nakend) tekort aan verpleegkundigen, huisartsen en sommige specialisten.

5. Speel in op nieuwe maatschappelijke tendensen en op de digitalisering

De digitale evolutie zorgt voor een nieuwe dynamiek. Zo komen er steeds meer gezondheidsapps op de markt. Zij kunnen helpen om de gezondheid van de patiënt te verbeteren en in het oog te houden, of hebben een belangrijke preventieve inslag.

Maar ze kunnen ook onnodige stress met zich meebrengen, of weinig toegevoegde waarde hebben.

Ons ziekenfonds roept de regering op om in deze wirwar van goede en minder goede apps de kwaliteit en veiligheid te garanderen voor de patiënt door een validatieproces op te zetten. Daarbij moet niet enkel gekeken worden naar minimumvereisten zoals het respect voor privacy, maar ook naar interoperabiliteit en open en gestandaardiseerde processen en applicaties, en vooral naar kwalitatieve en gezondheidseconomische meerwaarde. Indien aan al deze vereisten voldaan is, kan overwogen worden een terugbetaling in te voeren voor deze apps.

Een andere evolutie is de evolutie naar telegeneeskunde en zorg op afstand. De patiënt moet niet langer fysiek op afspraak bij de zorgverstreker maar kan sommige zaken via nieuwe communicatiemiddelen (zoals beeldscherm) bespreken. Of de patiënt kan thuis metingen uitvoeren en delen met een arts of verpleegkundige, bijvoorbeeld diabetische begeleiding vanop afstand. Ook tussen de zorgverstrekkers kan telegeneeskunde voordelen opleveren, denk maar aan de huisarts die een foto van een dermatologisch probleem bij zijn patiënt laat checken bij een dermatoloog. Of medische waarden, metingen en patronen kunnen via telemonitoring worden opgevolgd door een behandelende arts, een verpleegkundige of een professionele zorgcentrale.

Ons ziekenfonds roept de volgende regeringen op zorgtrajecten voor chronische patiënten bij de huisarts op te zetten, waarbij voorzien wordt in een aantal teleraadplegingen aan verlaagd erelonen in een aantal langdurige raadplegingenereloon. Dit naast de bestaande gewone raadplegingen. Ook in het kader van Europese referentiecentra voor zeldzame ziekten moet dit bekeken worden.

## 6. Patiënt als volwaardige partner

### Probleemstelling

Terecht wordt in de zorg een toenemend belang gehecht aan patiëntenparticipatie en -inspraak. Dit komt reeds tot uiting op velerlei manieren.

Zo voorziet de patiëntenwetgeving een reeks van basisrechten die de inspraak van de patiënt garanderen w.o. het recht op vrije keuze van zorgverlener, het recht op informatie over de gezondheidstoestand met inzage van het medisch dossier of het recht op een negatieve wilsbeschikking.

Maar ook op het niveau van de zorgorganisatie en netwerken is er toenemende aandacht voor patiëntenparticipatie, wat zich concretiseert in bijvoorbeeld het betrekken van ervaringsdeskundigen of patiëntenorganisaties in het beleid of werkpunten. Deze ontwikkeling sluit aan bij de visie dat gezondheidszorg meer moet aansluiten bij de “noden, vragen en preferenties” van patiënten.

Ten slotte is ook op micro-niveau – in de persoonlijke relatie tussen de patiënt en de zorgverlener – een toenemend besef dat de patiënt geen ‘lijdend’ maar een ‘leidend’ persoon is.

Maar het werk is niet af. De patiënt voelt zich vaak niet gehoord in heel het zorgproces, en voelt zich als een nummer behandeld. Ook in de complexiteit van allerhande zorgbeslissingen, de toenemende medische mogelijkheden, het ontrafelen van genetische voorbestemming of nog de toenemende link tussen levensstijl en gezondheid voelt de patiënt zich vaak stemloos, of erger nog geresponsabiliseerd.

### Oplossing

- Maak van participatie van de patiënt in zijn zorgproces via gezamenlijke besluitvorming of shared decision making een evidentie. Dit vereist een begrijpelijke gesprek tussen de patiënt en zijn zorgverlener en vooral

- ook het maken van tijd hiervoor. Ook voor mensen die minder mondig, geschoold of hiermee vertrouwd zijn. De uitdaging is om zo dicht mogelijk bij het bestaande niveau van vaardigheden en de belevingswereld van de patiënt te komen, en de participatie naar waarde te schatten en te respecteren.
- Na het nemen van een beslissing neemt de zorgverlener ook voldoende tijd om de implicaties ervan uit te leggen aan de mantelzorgers. Zo hebben zij ook voldoende informatie om met de beslissing om te gaan.
  - Gezamenlijke besluitvorming mag ook geen dogma worden. Gedeelde besluitvorming is immers niet altijd mogelijk (spoedopname, wilsonbekwame patiënten ...) maar sommige patiënten kunnen bovendien ook een uitgesproken voorkeur hebben om de besluitvorming aan de zorgverlener over te laten. Ook deze keuze moet een onvoorwaardelijk recht blijven van de patiënt waarbij de zorgverstreker/zorgvoorziening met het grootste respect dient mee om te gaan. Ook in de toenemende mogelijkheden inzake genetische voorbestemdheid moet de patiënt het recht behouden om niet te weten, en dat zonder responsabilisering.
  - Een verdere uitrol van informatie en communicatietechnologie kan een belangrijke bijdrage leveren om de positie van de patiënt in de zorg en de kwaliteit ervan te versterken. Vele voorbeelden zijn reeds te geven zoals online inzage van het persoonlijk medisch dossier en testresultaten, het aanvragen van herhaalvoorschriften, online consultaties, medische metingen thuis ... Deze technologieën vervangen nooit de waarde van het face-to-face gesprek maar zijn zeker complementair waardevol en ook makkelijk en praktisch. Ook het stelselmatig invoeren van patiëntbevragingen (in de vorm van PROM en PREM) draagt bij tot een betere en evenwaardig relatie tussen patiënt en zorgverlener.
  - De patiënt heeft toegang tot zijn geïntegreerde zorgdossier in de mate dat hij dat wil en als hij dat wil. De MyHealthviewer, waar de patiënt inzage krijgt tot zijn medisch dossier en zijn zorg, moet stelselmatig worden uitgebouwd. Wanneer een patiënt ontslaan wordt uit het ziekenhuis moet hij niet enkel een verslag voor de huisarts (dat uiteraard ook in het zorgdossier is opgeladen) meekrijgen en een medicatieschema, maar ook een vulgariseerd verslag voor zichzelf. Het dossier bevat ook een 'tijdsband' (met onder meer vermelding van cruciale momenten), die een beeld geeft van de evolutie van de zorg aan de patiënt en van de onderzoeken die werden uitgevoerd en zijn voorzien. Dit geeft alle betrokkenen in real time een grafisch zicht op het verloop.
  - Op het niveau van de zorgorganisaties en netwerken is er nood aan algemeen geldende waarborgen voor een representatieve vertegenwoordiging van de patiënt. Voor deze vertegenwoordiging zijn zowel ervaringsdeskundigen, patiëntenorganisaties als ledenbewegingen (ziekenfondsen) de aangewezen betrokken partijen.
  - De mogelijkheden om de gezondheid van een patiënt te 'voorspellen' op basis van zijn genetisch materiaal worden steeds groter. Belangrijk daarbij is dat de patiënt inspraak moet krijgen in wat hij wel of niet wil weten. Ook het recht 'om (genetisch) vergeten te worden' moet mogelijk zijn als de patiënten of zijn voogd dat wenst
  - Bij dit alles dient in het achterhoofd gehouden te worden dat geneeskunde mensenwerk blijft en meer exacte wetenschap is. Dit houdt in dat fouten altijd gemaakt kunnen worden, die door alle partijen erkend en aanvaard dienen te worden

Het meten van kwaliteit is een van de belangrijke uitdaging in de gezondheidszorg. Toenemende initiatieven zien het daglicht, gaande van de gekende accreditaties in ziekenhuizen tot instrumenten tot kwaliteitsfinanciering.

Het is evenwel ook belangrijk dat de patiënt zicht heeft op de geboden kwaliteit. Echter, in tegenstelling tot voorbeeld gegevens over prijzen, is kwaliteit geen objectief gegeven en kent het vele dimensies. Wat voor een ene patiënt als summum van kwaliteit wordt aanzien, is het niet noodzakelijk zo voor een andere patiënt.

Vandaar dat gezocht moet worden voor meer genuanceerde kwaliteitsindicatoren, waarbij de inbreng van de patiënt cruciaal is. 'Decision aids' of 'beslissingshulpmiddelen' kunnen een interessant hulpmiddel zijn. Zo een hulpmiddel biedt patiënten informatie om bewust een keuze te helpen maken tussen verschillende behandelingen, en kan de verstrekker helpen bij het voorschrijven van bepaalde zorg.

Een keuzehulp omvat vaak een oefening waar de patiënt zelf voor-en nadelen kan overwegen. De patiënt geeft zo zijn eigen gewicht aan bepaalde indicatoren. Zo kan je, naast objectieve kwaliteitsindicatoren, ook peilen naar subjectieve verwachtingen of afwegingen van de patiënt. Zo vereenvoudig je het maken van meer gerichte keuzes zonder de patiënt zelf te sturen in deze of gene richting. Hoe risico avers is een persoon? Hoe belangrijk is nabijheid? Hoe belangrijk zijn persoonlijke verhalen? Hoeveel belang hecht men aan ervaringen van anderen? Met een decision aid bepaalt de patiënt zelf wat voor hem of haar belangrijk is.

Neem bijvoorbeeld longkanker. Als je de vergelijking maakt tussen een operatieve of stereotactische behandeling dan heb je bij de eerste behandeling 74 % kans om na 5 jaar nog in leven te zijn en bij de andere 68 % kans. Maar bij een operatieve ingreep is het zo dat je meer bijwerkingen en pijn hebt en dat je een 9-tal dagen in het ziekenhuis moet blijven. Bij een stereotactische behandeling zijn er een pak minder bijwerkingen, moet je niet in het ziekenhuis blijven

en is er geen narcose. Je moet wel 3 tot 8 keer terugkomen voor de behandeling.

Daar waar bij samengestelde indicatoren experts kiezen wat een ingreep of ziekenhuis goed of minder goed maakt is het bij een beslissingshulp de patiënt zelf die bepaalt waar hij of zij de nadruk op legt. Weegt overlevingskans het zwaarst door? Of is het pijn vermijden, afstand tot het ziekenhuis, enzoverder?

De uitkomst geeft de patiënt de tools in handen om in overleg met zijn arts tot een gezamenlijke beslissing te nemen. De arts krijgt zo ook meer inzicht in de verzuchtingen van de patiënt. Een beslissingshulp mag geen volledige vrije keuze tot doel hebben, noch een patiënt voor voldongen feiten stellen. Maar zou moeten resulteren in een op waarden gebaseerde, objectieve, transparante en onderbouwde keuzemogelijkheid voor de patiënt. In het shared decision-proces dat zo sterk gepromoot wordt door diverse overheden is het gebruik van decision aids onontbeerlijk.

## Zorg voor patiënten in de laatste levensmaanden en levenseindebeslissingen

De geneeskunde van vandaag is tot veel in staat en is nog voortdurend in ontwikkeling. Patiënten die vroeger ten dode waren opgeschreven, kan men nu langer in leven houden. Keerzijde van deze gunstige evolutie is dat sommige behandelingen zeer ingrijpend zijn, soms veel bijwerkingen of schadelijke gevolgen hebben en de levenskwaliteit zwaar belasten. Vandaar ook de toenevende en terechte aandacht voor de palliatieve zorg, die zich toespitst op een zo goed mogelijke levenskwaliteit vanuit de noden van de patiënt zelf.

Ons land beschikt gelukkig sinds enige tijd over een ruim aanbod van palliatieve zorg, dat trouwens ook als een recht van de patiënt is vastgelegd. Mede in het kader van

de toenemende vergrijzing en chronisch zieken blijft verder investeren in palliatieve zorg nodig. Deze zorg hoeft zich niet te beperken tot de laatste weken of terminale fase van de patiënt maar is ook waardevol voor ongeneeslijk zieken. Ook aandacht voor de correcte toepassing van de euthanasiewetgeving blijft nodig: deze wetgeving is nog steeds onvoldoende gekend en stuit soms ook nog op moeilijkheden zelfs wanneer wilsbekwame mensen er om vragen.

Gezien de vergrijzing blijft verder investeren in palliatieve zorg een must. De opleiding van artsen maar ook paramedici over palliatieve zorg moet nog beter. Wie goed op de hoogte is van wat palliatieve zorg kan bieden, herkent tijdig de behoeften er aan en zal sneller deze zorg inschakelen.

De voorafgaande zorgplanning waar zorgverleners – op passende en niet-dwingende wijze - met patiënten in gesprek gaan over hun voorkeuren, wensen, bekommernissen inzake toekomstige zorg bij levenseindsituaties, moet verder worden aangemoedigd en een onderdeel zijn van kwalitatieve zorg;

Alle voorzieningen en zorgverstrekkers respecteren de rechten van de patiënt en de toepassing van de euthanasiewet. Ethische instellingsvoorschriften staan niet boven de euthanasiewet. De wetgever moet dit verder of beter verduidelijken.

## 7. Een transparante ziekteverzekering zonder verspilling van middelen

### Probleemstelling

Het draagvlak voor een solidair gefinancierde zorg staat of valt met het oordeelkundig gebruik van de solidair geïnvesteerde gelden. Helaas worden nog niet alle middelen in de ziekteverzekering goed besteed. Belgen slikken nog steeds teveel geneesmiddelen. Er is een overconsumptie vooral van medische beeldvorming en klinische biologie. Gekend zijn ook de onverklaarbare uitgavenverschillen tussen zorgverstrekkers, die niet terug te leiden zijn tot het patiëntenprofiel. De prijszetting van geneesmiddelen, implantaten, maar ook hoorapparaten, orthopedische producten en brillen is weinig transparant. Er worden zaken gefactureerd die niet toegelaten zijn, in sommige gevallen zelfs niet uitgevoerde zorg of een onrealistisch aantal verstrekkingen tijdens een bepaalde tijdsperiode.

Willen we de doelmatigheid in de zorg verhogen dat zijn structurele maatregelen nodig. De Socialistische Mutualiteiten wijzen daarbij besparingsmaatregelen die in de richting van rantsoenering – waarbij bepaalde groepen of zorgen worden uitgesloten - af.

### Oplossing

Om de doelmatigheid verder te onderbouwen, moeten volgende prioritaire werven moeten aangepakt worden

- Meer transparantie en een duidelijkere regelgeving voor de gehanteerde prijzen en tarieven. Zo moet er een duidelijk onderscheid worden gemaakt in de facturatie tussen de prijs van het materiaal en het honorarium van de zorgverlener, om enerzijds ongeoorloofde winstmarges te vermijden en om anderzijds een passende terugbetaling toe te laten. Ook zou het

regel moeten zijn dat wie de zorg presteert, ook factureert. Er moet meer transparantie zijn betreffende de kortingen die de leveranciers op het medisch materiaal of op de geneesmiddelen toepassen. Tegelijkertijd moeten de mechanismen voor de vaststelling en de controle van de prijzen worden versterkt, niet enkel voor geneesmiddelen en implantaten, maar ook voor orthopedisch materiaal, brillen, hoorapparaten,.. en nieuwe mobile health toepassingen. Ten slotte moeten bij therapeutische gelijkwaardigheid de goedkoopste technieken worden aangemoedigd.

- Maatregelen worden genomen om overmatig zorggebruik terug te dringen en een goed gebruik van de diagnostische en therapeutische procedures te stimuleren. Naast het overstappen van een pure prestatiefinanciering naar een meer gemengde financiering (cappuccinomodel) moeten aanvullend 3 prioritaire assen worden aangepakt

- Ten eerste moet het aandeel van de klinische biologie en de radiologie in de totale gezondheidsuitgaven, alsook de uitvoering van bepaalde onderzoeken en implantaten, worden beheerst. De overconsumptie moet worden beheerst via een meer op EBM gericht voorschrift. Ook de realisatie van profielen voor artsen en koppeling van deze profielen aan het verkrijgen van een accreditatie kan hiertoe bijdragen. Een vermindering van de onnodige blootstelling aan straling moet nagestreefd worden via een uitbreiding van het aanbod van NMR-scanners en een verlaging van CT-scans.

- Ten tweede moet een sociaal geneesmiddelenbeleid worden uitgestippeld (zie verder)
- Eenvoudigere procedures en een passende opvolging van 'outliers' en fraudegevallen moeten worden uitgewerkt. Het doel is hier niet om de overgrote eerlijke meerderheid van zorgverstrekkers te straffen maar overconsumptie en frauduleuze praktijken tegen te gaan bij een minderheid van 'outliers'. Meer concreet pleiten we voor het bepalen van minimale en maximale activiteitsdrempels voor alle zorgberoepen, waaronder en waarboven de kwaliteit niet kan worden verzekerd. Deze drempels steunen in het bijzonder op het principe van een gemiddelde duur per nomenclatuurprestatie. Communicatie van diagnostische gegevens aan de VI mogelijk maken. Implementatie van een 'fraudetest' bij invoering van een nieuwe of uitgebreide nomenclatuurprestatie, om het verkeerde gebruik van de nomenclatuur te vermijden
- Doorgedreven controles op kwaliteit en veiligheid; en het recht van de patiënt om hier over geïnformeerd te worden. We pleiten zo ondermeer voor een Europees kwaliteitsinstituut voor implantaten in plaats van de huidige (private) normeringsbedrijven. Op Belgische niveau moet er dringend werk gemaakt worden van de traceerbaarheid van alle implantaten tot op patiëntniveau, en de patiënt moet hier inzage in krijgen via zijn MyHealthViewer. Voorts heeft de patiënt het recht geïnformeerd te worden over problemen met implantaten. Ook problemen met zorgverstrekkers en ziekenhuizen zouden aan de patiënt gemeld moeten worden.



## Naar een sociaal geneesmiddelenbeleid

Met meer dan 4 miljard euro vormen geneesmiddelen een belangrijke uitgavenpost in de gezondheidsbegroting. De private uitgaven meegerekend, spenderen Belgen meer dan 6 miljard euro aan geneesmiddelen.

De geneesmiddelenuitgaven van de Belgen behoren tot de hoogste van Europa. Onze 663 dollar per persoon ligt een fors stuk hoger dan het gemiddelde van de OESO-landen (553 dollar). Nederland geeft bijvoorbeeld een héél stuk minder uit met 417 dollar. Denen geven amper 282 dollar uit aan geneesmiddelen.

Het geneesmiddelenbeleid wordt geconfronteerd met verschillende uitdagingen.

Vooreerst is er de financiële uitdaging. Met de veroudering van de bevolking maar ook met de kostentoeename voor bepaalde behandelingen, is de te verwachten stijging van geneesmiddelenuitgave hoger dan de inkomsten van de sociale zekerheid. Er dient gewaakt te worden dat de geneesmiddelen met een toegevoegde waarde en die beantwoorden aan de nood, toegankelijk en beschikbaar blijven voor iedereen.

Maar de uitdagingen in het geneesmiddelenbeleid zijn tevens van kwalitatieve aard. Men dient zich de vraag te stellen over de niet-beantwoorde medische noden, de geneesmiddelenzorg van kinderen, oudere patiënten en chronische zieken, en uiteindelijk het goed gebruik van geneesmiddelen.

De Socialistische Mutualiteiten formuleren 3 strategische punten voor een sociaal geneesmiddelenbeleid voor iedereen:

- Innovatie met therapeutische meerwaarde die beantwoordt aan essentiële medische noden moet voor iedereen toegankelijk en beschikbaar zijn. Vandaag legt een voornamelijk commerciële logica de prioriteiten op vlak van onderzoek vast. Er dient bekeken te worden hoe dit systeem bijgestuurd kan

worden zodat uitgegaan wordt van de reële zorgnoden. De Socialistische Mutualiteiten pleiten voor een grotere betrokkenheid van Europa om solidariteit tussen de lidstaten tot stand te brengen. We denken in het bijzonder aan de behandeling van zeldzame aandoeningen.

- Er moet komaf gemaakt worden met commercieel winststreven in het bijzonder via een onredelijke prijszetting. Te vaak wordt de prijs van het geneesmiddel vastgelegd op basis van de bereidheid tot betalen – ‘willingness to pay’ in het bijzonder voor de behandelingen die levens kunnen redden. De prijs is dan niet in verhouding tot de reële therapeutische meerwaarde, en de juiste en redelijke rendabiliteit voor onderzoek. Er dient meer transparantie te zijn op vlak van de toegevoegde therapeutische waarde en van de diverse kosten van innoverende geneesmiddelen. Ook op dit vlak is een betere coördinatie op Europees niveau wenselijk.
- Rationeel voorschrift en aflevering van geneesmiddelen conform Evidence Based Medicine en, bij therapeutische equivalentie, keuze van goedkoopste behandeling. België is een groot verbruiker van geneesmiddelen. Het gebruik van antibiotica is 3 maal hoger dan in Nederland, de markt van de generieken 2 maal minder dan in Duitsland of Groot-Brittannië, er is een ondermaats gebruik van biosimilars ... Het rationeel voorschrijven en aflevering vergt daarom een prioritaire aanpak. Cruciaal hierbij dat de artsen alle tools in handen hebben om op een zo eenvoudig mogelijk manier voor te schrijven op stofnaam of het goedkoopste geneesmiddel te kunnen voorschrijven. Indien de softwareleveranciers dit niet voorzien, moet de overheid zelf zorgen voor aangepaste softwarepakketten.

Concreet schuift ons ziekenfonds de volgende maatregelen naar voren:

#### Op Europees niveau

- We hervormen het intellectueel eigendomsrecht voor geneesmiddelen zodat misbruik ervan wordt tegengegaan en zodat onderzoek opnieuw wordt gericht op de medische behoeften van de bevolking. Wanneer men niet tot redelijke prijzen komt en in functie van volksgezondheid houden we dwanglicenties (waarbij de overheid een farmabedrijf die een patent heeft kan dwingen het patent te laten gebruiken door derden) als stok achter de deur.
- Er wordt een Europees innovatiefonds opgericht voor financiering van innovatie. Het onderzoek zal gericht worden naar de medische behoeften van de bevolking. Europese kennisinstellingen zullen beter samenwerken en zelfs trials doen die industrie niet opzet. Er moeten voorwaarden gekoppeld worden aan publieke funding van R&D, waaronder publieke toegang tot de onderzoeksresultaten en reflectie ervan in de prijs van geneesmiddelen
- We hervormen op termijn fundamenteel het business model van de farma, waarbij de kosten van onderzoek en ontwikkeling en de productiekost voor het bepalen van de prijs van geneesmiddelen ontkoppeld worden (delinkage).
- We hervormen de marktvergunningprocedure zodat overheden verplicht moeten worden om klinisch bewijs voor nieuwe indicaties door onafhankelijke onderzoekers of not-for-profit organisaties te evalueren. Dit betekent een beoordeling van off-label use in een klinische studie met de bedoeling de toepassing 'on-label' te brengen. Dit moet gepaard gaan met maatregelen die de industrie motiveren om de gegevens over de nieuwe indicatie voor de bestaande molecule op te nemen in hun bijsluiter

- Op Europees niveau worden duidelijke afspraken gemaakt over prijstransparantie en worden duidelijke grenzen aan prijzen gesteld. Er wordt nagedacht over mechanismes om over Europese prijzen te onderhandelen en afhankelijk van het bbp van elk land te differentiëren. Dit is perfect mogelijk rekening houdend met kosten voor onderzoek en ontwikkeling, productie, marketing en innovatie. Zo'n model waarbij een eerlijke prijs op Europees niveau onderhandeld wordt, kan leiden tot aanzienlijke prijsdalingen.
- Geneesmiddelen, maar ook medische hulpmiddelen, vallen onder de bevoegdheid van DG gezondheid en voedselveiligheid waar het beschermen en verbeteren van de volksgezondheid centraal staat. In het verlengde hiervan pleiten we voor het verankeren van de autonomie van DG gezondheid, gericht op het algemeen belang.

#### Op Belgisch niveau

- Stabiel uitgavenpad met responsabilisering van de sector. Ons ziekenfonds is bereid een stabiel budgettair kader met de farmasector te onderhandelen maar onder de absolute voorwaarde dat dit pad dan ook gerespecteerd wordt, en de sector volledige verantwoordelijkheid terzake opneemt.
- Meten is weten: integratie voorgeschreven D-geneesmiddelen in Farmanet.
- Actieplan voor goed voorschrijven en tegen overconsumptie.
  - We realiseren de BAPCOC-doelstellingen voor de reductie van antibioticagebruik met een bindend engagement.
  - We definiëren doelstelling rond andere (te) vaak gebruikte geneesmiddelen.
  - We versterken onafhankelijke informatie, richtlijnen en feedback voor artsen en andere zorgverleners zoals apothekers en verpleegkundigen.
  - Individuele medicatieverpakking wordt

- de norm voor chronische ziekten.
- Invoering van een 'medication review' in de voortgezette farmaceutische zorg, ondersteund door een bijgewerkt geneesmiddelschema.
- Verplichte aflevering van goedkoopste geneesmiddelen voor acute behandelingen en bij de start van chronische behandelingen.
- De veiligheidsmarge worden afgeschaft. Enkel 'goedkoopste' geneesmiddelen kunnen nog worden terugbetaald.
- Voor specifieke producten leggen we maximumprijzen op. Toepassing van een referentiet terugbetaling per klasse voor de volledig generische klassen zoals de SSRI's (antidepressiva) en de PPI's (maagzuurremmers).
- Het terugschroeven van art81contracten voor de prijszetting van innovatieve geneesmiddelen tot uitzonderlijke situaties waarbij therapeutische onzekerheid heerst zoals aanbevolen door het KCE.
- Dit met transparantie over prijs en doelstelling contract en een duidelijk omschreven onderzoeksdoelstelling. Financiering moet in toenemende mate gekoppeld worden aan het resultaat (onderzoek of therapeutisch). Voor de innovatieve geneesmiddelen moet er een deelbudget komen met volledige verantwoordelijkheid voor de sector.
- Producenten moeten de meerwaarde van hun nieuwe geneesmiddelen aantonen in vergelijking met de huidige behandeling. Het moet gaan om meerwaarde die ook de levenskwaliteit verbetert. Na verloop van tijd blijkt dat de meerwaarde toch minder is dan ervan verwacht wordt, wordt de terugbetaling opnieuw bekeken.
- Bij het niet langer terugbetalen van een geneesmiddel moet er voldoende aandacht zijn aan flankerende maatregelen ter bescherming van de patiënt. Duidelijke informatie over waarom het geneesmiddel niet langer

wordt terugbetaald. Een sensibilisering van de zorgverleners om het geneesmiddel niet langer voor te schrijven. Een registratie van de niet-terugbetaalde geneesmiddelen in Farmanet zodat de evolutie op het terrein kan worden opgevolgd, en desnoods kan worden opgetreden.

- Aanmoedigen biosimilars in het ziekenhuis via versterking forfaitarisering en ambulant via voorschrijfdoelstellingen, P4Q en plafondprijzen.
- Terugbetalingsinstanties mogen zelf de uitbreiding van indicaties opleggen als er een sociale of medische nood is.

## Gezondheidszorg primeert op winstbejag

Iedereen heeft recht op gelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg. Voor de Socialistische Mutualiteiten is dat een principiële keuze. Er kan op geen enkele wijze afbreuk worden gedaan aan het recht op een gezondheidszorg dat gebaseerd is sociale rechtvaardigheid en solidariteit. Geen enkele private of commerciële verzekering kan aan iedereen – jong en oud, rijk en arm en gezond en ziek – de toegang tot een gelijkwaardige gezondheidszorg garanderen. Vandaar onze keuze voor een verplichte wettelijke ziekteverzekering die als enige in staat is om iedereen te verzekeren voor een betaalbare gezondheidszorg.

De gezondheidszorg is geen koopwaar. Ook dat is voor Socialistische Mutualiteiten een leidend principe. Vandaar ook onze strijd tegen een commercialisering van de zorg, waarbij het winstoogmerk primeert op de sociale en maatschappelijke opdracht. Van al wie werkt of actief is in de publiek georganiseerde en gefinancierde zorg mag verwacht worden dat die zich houdt aan elementaire morele en sociale standaarden, en dit ongeacht hun rechtsvorm. Deze standaarden zijn naar onze mening ruim te interpreteren en hebben betrekking op zowel de kwaliteit, de toegankelijkheid en beschikbaarheid als de

sociale rechtvaardigheid en betaalbaarheid van de zorg. Het is aan de overheid om deze standaarden op te leggen en ook afdwingbaar te maken en te houden. Winsten of opbrengsten die binnen de zorg worden gerealiseerd moeten vanuit onze overtuiging binnen de zorg blijven, en niet terecht komen bij aandeelhouders of andere lucratieve vennootschappen.

## Gezondheidszorg primeert op bevoegdheidsconflicten

De zesde staatshervorming voorzag in een aanzienlijke overheveling van gezondheidszorgbevoegdheden waaronder ouderenzorg, organisatie eerstelijns, een deel van het ziekenhuisbeleid, geestelijke gezondheidszorg, preventie ... De insteek was dat dit tot homogenere bevoegdheidspakketten en een coherenter beleid zou leiden. De ervaring van de afgelopen jaren leert dat deze ambitie niet bereikt is; wel integendeel.

In verschillende sectoren en grote hervormingen lopen beslissingen vast op de bevoegdheidsverdeling, of vormt die laatste een excuus voor een paraplupolitiek.

Denk maar aan:

- vorming ziekenhuisnetwerken versus vorming eerstelijnszorgen
- uitrol van de terugbetaling van een eerstelijnspsycholoog
- discussies over wie wat in preventie kan doen, met onder meer hoogoplopende discussies rond de hervorming van de borstkankerscreening (de mammografie)
- de uitwerking van het casemanagement voor de meest kwetsbare patiënten ...
- Bovendien leidt de staatshervorming niet tot minder maar tot meer administratieve overlast, en tot een ingewikkelder kluwen van structuren en bevoegdheden. Ten slotte riskeert ze de sociale bescherming van de burger op bepaalde plaatsen uit te hollen. Zo is het tot vandaag niet zeker of de maximumfactuur de overgehevelde bevoegdheden nog zal dekken.

We laken dat bevoegdheidsconflicten en –discussies een goed gezondheidszorgbeleid in de weg staat. We vragen dat het behoud van de gezondheid (en het herstel van de gezondheid politiek onder 1 bevoegdheid vallen zodat iedereen een zelfde niveau van zorg kan krijgen.

Specifiek wijzen we op de onwerkbaar situatie in Brussel. Door de zesde staatshervorming is het Brussels gezondheids- en welzijnsbeleid meer dan ooit een kluwen. Brussel koos ervoor om een groot deel van de bevoegdheden onder te brengen in Iriscare, een nieuwe instelling voor openbaar nut opgericht naar het model van het RIZIV. Een aantal bevoegdheden werden echter ook overgedragen naar de administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. In Brussel zijn de bevoegdheden gezondheid en bijstand aan personen opgesplitst tussen verschillende ministerportefeuilles: twee ministers zijn verantwoordelijk voor het gezondheidsbeleid en twee ministers zijn verantwoordelijk voor het beleid bijstand aan personen (welzijn). Tot slot wordt de Vlaamse Sociale Bescherming ook opengesteld in Brussel waardoor ook de Vlaamse minister voor WVG bevoegd is in Brussel.

De Socialistische Mutualiteiten roepen op tot vereenvoudiging:

- Integreer de verschillende gezondheids- en welzijnsbevoegdheden binnen Iriscare.
- Zorg voor een integraal gezondheids- en welzijnsbeleid. Breng als eerste stap beide bevoegdheden samen onder 1 ministerportefeuille (waardoor op niveau van de GGC nog twee i.p.v. 4 ministers bevoegd zouden zijn voor gezondheid en welzijn).
- Schakel het Vlaamse Gezondheids- en welzijnsbeleid in in de Brusselse context. Zorg voor de nodige integratie en onderlinge afstemming met het beleid vanuit de GGC. Verzeker dat de Vlaamse zorg in Brussel toegankelijk is en blijft voor alle Brusselaars en niet afhankelijk is van al of niet lidmaatschap van de Vlaamse Sociale Bescherming. Zorg voor een onderlinge afstemming van eventuele gebruikersbijdragen (bijvoorbeeld tarieven gezinszorg) opdat sociale shopping vermeden wordt.

## 8. Menswaardige ziekte-uitkeringen

### Probleemstelling

De sociale zekerheid zorgt ervoor dat mensen die ziek zijn en niet langer kunnen werken, verzekerd zijn van een vervangingsinkomen. Deze uitkeringen moeten voldoende hoog liggen, ook om de stijgende kosten door ziekte op te vangen.

Naast deze noodzakelijke inkomensbescherming is het inzetten op re-integratie even noodzakelijk. Want mensen die arbeidsongeschikt zijn – in de meeste gevallen tijdelijk maar soms ook definitief – zijn soms best ook nog bereid en in staat om deeltijds te werken of zich bij te scholen voor een meer aangepaste job. Werk biedt niet alleen een extra inkomen maar is ook voor het psychisch en sociaal welbevinden waardevol.

De realiteit toont aan dat er nog heel wat mogelijkheden zijn tot verbetering in de ziekte-uitkeringen. Er is een stijgende groep mensen die uit de arbeidsmarkt valt wegens ziekte. We zitten vandaag met ongeveer 400.000 invaliden + 450.000 gevallen arbeidsongeschiktheid. De vergrijzing van de bevolking, de vervrouwelijking van de arbeidsmarkt, de verhoging van de pensioenleeftijd en afbouw van vervroegde uittredestelsels zoals brugpensioen of tijdskrediet ... tekenen voor die toename. Onrustwekkend ook dat psychische aandoeningen een steeds groter aandeel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit innemen.



## Oplossing

De Socialistische Mutualiteiten wensen:

- De ziekte-uitkeringen moeten verhoogd en naast geïndexeerd ook volledig welvaartsvast worden.
- De minima moeten opgetrokken worden tot boven het geactualiseerde armoedeniveau, en dit vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid.
- De inkomensplafonds voor de maxima moeten welvaartsvast verankerd worden.
- Individualisering van de rechten.
- De inspanningen en beleidsaandacht voor de socio-professionele re-integratie van mensen met een arbeidsongeschiktheid, moeten verder aangehouden worden. Maar dan wél met enkele belangrijke correcties:
  - 'Back to health' moet voorrang krijgen op 'back to work'. Vandaag bestaat de indruk dat de omgekeerde redenering gevolgd wordt en een heksenjacht op mensen met een ziekte-uitkering wordt georganiseerd.
  - Er is meer nood aan preventie ook inzake arbeidsongeschiktheid. Psychische problemen zijn een van de belangrijkste oorzaken en dat is best verontrustend. Niet alleen de werkomgeving speelt een rol maar ook de maatschappelijke context. Er moet ingezet worden op een goede mentale gezondheid, een goede balans werk-gezin, en haalbaar werk met aandacht voor arbeidsorganisatie, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen, arbeidsvoorwaarden en arbeidsinhoud.
  - Een positieve en interdisciplinaire aanpak van re-integratie biedt veel meer kansen op succes dan de huidige negatieve benadering die zwaait met

sancties. Dreigen met lagere uitkeringen voor wie arbeidsongeschikt is en reeds in een kwetsbare situatie zit is geen goede benadering. Deze sanctiebepaling moet ingetrokken worden. Kiezen voor positieve incentives is niet alleen socialer maar biedt meer kansen op succes. Deze incentives-benadering is verdedigbaar voor de werknemer als werkgever.

Ook de werkgevers dragen een belangrijke verantwoordelijkheid. Het voorstel dat de regering niet uitvoerde om de werkgevers geen een maar 2 maanden het gewaarborgd loon bij ziekte uit te betalen moet heroverwogen worden. Dit moet werkgevers aanzetten tot een beter preventiebeleid. Bovendien moet bekeken worden of een opzegvergoeding gegarandeerd kan worden in geval van medische overmacht. Dit moet tegemoetkomen aan de problematiek dat werkgevers in het huidige re-integratiebeleid de mogelijkheid hebben voor een goedkoop ontslag in plaats voor een moeizaam re-integratietraject.

- In het stelsel van gedeeltelijke werkhervatting werd een hervorming ingevoerd die mensen met een laag inkomen fors deed inleveren. Deze onbegrijpelijke en asociale maatregel moet gecorrigeerd worden. Dit kan door een verhoging van de vrijstelling van 30 % van de arbeidstijd in plaats van de huidige 20 %. Ook andere onterechte beslissingen van de regering-Michel in kader van de ziekte-uitkeringen moeten worden teruggeschroefd.
- Het systeem van ziekte-uitkeringen is hopeloos complex. De volgende regering moet inzetten op een vereenvoudiging.
- We pleiten ook voor een uitbreiding van het verlof voor moeders én vaders/meemoeders rond de geboorte van een kind, en voor een betere verdeling van het verlof tussen beide partners. Momenteel genieten moeders



in België van 15 weken moederschaprust onder werknemersstatuut en 8 weken indien ze werken onder het zelfstandigenstatuut. Eventuele verlenging ervan is mogelijk onder de vorm van ouderschapsverlof en tijdskrediet. Deze stelsels zijn echter niet voor iedereen toegankelijk noch financieel haalbaar. Periodes van ziekte gedurende de laatste 6 weken van de zwangerschap worden bovendien nog eens afgetrokken van de voorziene weken moederschaprust. Vanuit Europees perspectief scoort België met 15 weken moederschapsverlof bijzonder laag (EU gemiddelde = 23 weken). Uit een bevraging van de Gezinsbond blijkt dat een grote meerderheid van de ouders de voorziene verlofperiodes als te kort ervaren. Heel concreet stellen we voor:

- Verlenging van de moederschapsrust tot 20 weken ongeacht het sociaal statuut van de moeder aan 100 % van het (geplafondeerde) loon en geen verlies in geval van ziekte. Hiervan kan tot 6 weken voor de bevalling worden opgenomen;
- Voor werknemers, ambtenaren en werklozen bedraagt het verplichte deel 3 weken voor de bevalling en 12 weken na de bevalling. De overige weken van de 26 zijn een recht, maar geen verplichting.
- Voor zelfstandigen een flexibele invulling voor zij die dit wensen, waarbij zij werken en moederschapsrust kunnen combineren.
- Verlenging van het geboorteverlof voor vaders en meemoeders tot 20 dagen, waarvan 10 dagen verplicht op te nemen aan 100 % van het geplafondeerd loon en 10 dagen RIZIV- uitkering.

## 9. Meerwaarde overlegmodel en ziekenfondsen erkennen

### Overlegmodel

“De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is gebaseerd op het overlegprincipe, wat betekent dat de partners onderhandelen over de verschillende aspecten van die verzekering”; zo valt te lezen op de website van het RIZIV. Ook de Bestuursovereenkomst tussen het RIZIV en de ziekenfondsen maakt van overleg met de zorgverleners en ziekenfondsen een belangrijk principe. Jammer is dat de uittredende federale regering dit principe van overleg, meer en meer heeft uitgekleeft.

Zo is de jaarlijkse opmaak van de begroting van de ziekteverzekering verworden tot een puur politieke werkstuk, gebaseerd op dubieuze cijfers en met keuzes genomen zonder veel overleg. Ook de beslissing tot terugbetaling van dure medicatie via onderhandse contracten met farmaceutische firma's, zorgt voor een stelselmatige uitholling van de werking van de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen. En de goede principiële beslissing tot de terugbetaling van de psycholoog wordt door Minister De Block zeer eigenzinnig ingevuld, en dit zonder enig overleg over de basisprincipes van haar beslissing. Het resultaat is dat dit voorstel zoals het is uitgewerkt door de Minister, elk draagvlak mankeert bij zowat alle betrokken partijen. Ten slotte wijzen we nog op de instandhouding van een toeslag voor verplaatsingskosten bij de kinesitherapeuten, die onwettig is, en waarbij opmerkingen ter zake van tafel worden geveegd.

Maar ook binnen de sector van de uitkeringen zorgen vele van de door de Minister opgelegde beslissingen, voor heel wat uitvoeringsproblemen waar ook de sociaal verzekerden door getroffen zijn. Enkele voorbeelden: voor 1 januari 2016 was 1 attest voldoende voor een arbeidsongeschiktheid. Met de invoering van zowel een begin- als einddatum per attest werd vooral veel meer administratie gecreëerd

zonder duidelijke meerwaarde, want het aantal effectieve ziekteperiodes zijn hoegenaamd niet verminderd. Ook bij de re-integratie maatregelen werd door de Minister over het hoofd gezien dat ook en vooral de werkgevers, mee moeten geresponsabiliseerd worden om tot betere resultaten komen. En tegen alle inzichten in werd er door de Minister een nieuwe berekeningswijze voor deeltijdse werkhervatting ingevoerd, die er op neerkomt dat mensen met een lager inkomen worden afgestraft in plaats van aangemoedigd.

Maar ook de Vlaamse regering maakt van het overleg dat ze hoog in het vaandel voert, een lege doos. Als alternatief voor het overlegmodel met de sociale partners en actoren op het terrein, werd gekozen voor de 'politieke primauteit', ook in de Vlaamse Sociale Bescherming. Deze politieke primauteit betekent niet meer democratische inspraak en sturing via het parlement maar wel meer macht voor de regering en bevoegde minister. Getuige hiervan de vele Decreten die zich kenmerken door zeer vage begrippen en bepalingen, en pas concreet worden met Besluiten die niet meer het parlement moeten passeren en louter zelf door de regering en bevoegde Minister kunnen beslist worden. In het beste geval is er voorzien in bepaalde adviezen, maar die zijn altijd volstrekt vrijblijvend.

Onze gezondheidszorg behoort nog steeds tot een van de sterkste ter wereld. Met het overlegmodel mee als basis voor het beheer er van. Dit overlegmodel heeft als bijzondere meerwaarde dat het beheer er van stoelt op ervaring en kennis van de realiteit, het mee uitgaat van een bottom-up benadering en vooral ook leidt tot gedragen beslissingen.

Ons ziekenfonds vraagt dat dit overlegmodel terug wordt gerespecteerd en gehonoreerd. Niet alleen federaal maar ook op het niveau van de deelstaten. Omdat het bewezen heeft dat het kan werken. En omdat het voor de keuzes van morgen nodig zal zijn om draagvlak te blijven creëren voor een solidaire maar doelmatige zorg voor iedereen.

Dit betekent niet dat er geen verbeteringen mogelijk zijn. Het overlegmodel moet niet de verdediging van corporatistische belangen stroomlijnen maar moet inzetten op de

verdediging van een transversaal gezondheidszorgbeleid in het voordeel van de bevolking.

## Rol ziekenfondsen

De ziekenfondsen bezetten een belangrijke plaats in onze gezondheidszorg. Als sociale actor en ledenbeweging, als beheerder van de ziekteverzekering en als dienstverlener gaat ons ziekenfonds voor een toegankelijke, doelmatige en betaalbare zorg voor iedereen. De ziekenfondsen hebben ook de wettelijke opdracht het fysisch, sociaal en psychisch welzijn van hun leden te promoten en hun rechten te verdedigen.

De Socialistische Mutualiteiten roepen alle bevoegdheidsniveaus op de meerwaarde en inzetbaarheid van de ziekenfondsen en de zorgkassen te erkennen:

- Continuïteit, inzetbaarheid en expertise. De ziekenfondsen hebben een enorme ervaring zowel in het beheer als de uitvoering van de ziekteverzekering. Ze staan garant voor de continuïteit van het beleid, en zijn – gezien hun bestaande infrastructuur - onmiddellijk inzetbaar.
- Doelmatige verzekeraar. De administratiekosten van de ziekenfondsen liggen merklijk lager dan die van de private verzekeraars
- Sociale verzekeraar. Ziekenfondsen zijn ledenbewegingen die geen winst nastreven, een grote
- maatschappelijke betrokkenheid hebben en ijveren voor betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg, en dit voor iedereen.
- Representatieve ledenbeweging. De ziekenfondsen zijn representatieve ledenbewegingen. Ook via hun verwante socio-culturele organisaties (ouderen, jongeren, gehandicapten, vrouwen ...) zijn ze actief. De ziekenfondsen genieten een groot draagvlak bij de bevolking. Ze hebben oog voor het algemeen belang en voor alle Belgen (ziek en gezonden).

- Brugfunctie. De ziekenfondsen zijn op meerdere bevoegdheidsniveaus actief en vervullen zo een belangrijke brugfunctie.
- Toegankelijk. De ziekenfondsen zijn laagdrempelige organisaties die een 1-op-1-relatie hebben met alle Belgen. Ze staan open voor iedereen, ook voor kwetsbare groepen.
- Gegevensexpertise. De ziekenfondsen beschikken – ook via het Intermutualistisch Agentschap - over een schat aan longitudinale en exhaustieve data en analyses die essentieel zijn voor het ondersteunen van beleidsbeslissingen. Ze hebben stevige expertise in het analyseren en situeren van deze data, en dit met respect voor de privacy.
- Bewaker van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. De ziekenfondsen spelen een belangrijke rol als bewaker van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg.
- Aandacht voor fysiek, psychisch en sociaal welzijn. De ziekenfondsen hebben aandacht voor zowel het fysiek, het psychisch als het sociaal welzijn van hun leden. Ze investeren heel wat eigen middelen in gezondheidspromotie en ziektepreventie via de vrije en aanvullende verzekering.
- Volledige sociale dienstverlening. De ziekenfondsen bieden een volledige dienstverlening, die de verplichte ziekteverzekering overstijgt.

De Socialistische Mutualiteiten vragen de komende regering(en) op de nodige maatregelen te nemen en de nodige investeringen te voorzien om deze ambities blijvend waar te maken.

Meer concreet vragen wij:

- Een voldoende en stabiele financiering van de ziekenfondsen gebaseerd op objectieve parameters die de werklust en de behoeften van de leden weerspiegelen.
- Een correcte verdeling van de

administratiekosten die de werklust weerspiegelt en alle risicoselectie uitsluit.

- Smart indicatoren voor de evaluatie van het variabel deel administratiekosten en de introductie van de 'seed money' (cfr Pact).
- Het beschikbaar maken van de nodige instrumenten voor de ziekenfondsen om hun opdrachten waar te maken.
  - Om doelmatige zorg na te streven en te controleren is het noodzakelijk zicht te hebben op pathologiegegevens.
  - Om toegankelijke zorg na te streven is het noodzakelijk zicht te krijgen op alle facturen door de patiënt betaald, ook van bijvoorbeeld niet-terugbetaalde geneesmiddelen en andere zorg. Ook van allerhande supplementen.
  - De nodige juridische armslag om de conformiteit, representativiteit en opportuniteit van verstrekkingen na te gaan.
  - De nodige juridische armslag om hierover naar hun leden toe nominatief te communiceren, al dan niet in samenspraak, maar wel na overleg met de betrokken verstrekkers.
  - Vereenvoudiging van de regelgeving.
- Een overstap van individuele naar collectieve verantwoordelijkheid ziekenfondsen.
- De nodige investeringen om de digitale evolutie waar te maken (zie ook inzet).
- Voldoende instrumenten om de zorgverleners aan te moedigen de digitale middelen te gebruiken.
- De nodige manoeuvreerruimte om sociaal ondernemerschap waar te maken.

## Een gedigitaliseerde wereld zonder doktersbriefjes

Creëren van meerwaarde door het digitaliseren van administratieve processen zonder in boeten op een menselijke dienstverlening. Dát is in een notendop waar de Socialistische Mutualiteiten voor gaan. Gedaan met het heen-en-weer-geloop tussen dokter en ziekenfonds met briefjes en attesten. We gaan voor zo min mogelijk papierwerk en zo veel mogelijk gebruiksvriendelijke online toepassingen. Waar mogelijk streven we tevens naar maximale digitale & mobiele bereikbaarheid.

### E-attesten en algemene derdebetaler

Aan de weg van e-gezondheid wordt hard getimmerd. Een van de blikvangers is de geleidelijke digitalisering van het getuigschrift voor verstrekte hulp. Als patiënt krijg je een ontvangstbewijs waar op staat hoeveel je hebt betaald. Je dokter stuurt het getuigschrift zelf elektronisch naar je ziekenfonds. Het ziekenfonds stort het geld automatisch op je rekening. Je hoeft dus geen briefjes meer binnen te brengen en ook geen kleefbriefjes te plakken. Deze digitalisering gebeurt stapsgewijs. De huisartsen bijten de spits af.

Ons ziekenfonds is vragende partij om ook het betaalcircuit elektronisch te laten verlopen. Laat de patiënt niet langer het honorarium van zijn arts voorschieten, maar laat ons werk maken van een algemene derdebetalersregeling, waarbij de ziekenfondsen rechtstreeks de zorgverleners betalen. Dat is administratief eenvoudig én goed voor de toegankelijkheid van de zorg.

### Digitale evoluties

Ook op andere vlakken wordt er volop gedigitaliseerd:

- Het geneesmiddelenvoorschrift wordt meer en meer elektronisch doorgestuurd van arts naar apotheker.
- Meer Belgen geven toestemming om hun medische gegevens digitaal te delen tussen zorgverleners.

- De communicatie tussen ziekenfondsen en zorgverleners gebeurt in toenemende mate digitaal, gaande van raadpleging verzekerbaarheid over facturatie tot doorsturen van attesten.
- Ons ziekenfonds werkt verder aan de uitbouw van het elektronisch patiëntendossier en ons internetloket e-Mut.
- Er worden moderne en eenvoudige controleprocedures uitgebouwd.
- Afspraken maken met een medewerker van het ziekenfonds zal online kunnen gebeuren.
- Digitale technologieën bieden een aantal mogelijkheden voor dienstverlening op afstand die momenteel worden geëvalueerd.

Ons ziekenfonds stond aan de wieg van de modernisering en digitalisering van de gezondheidszorg. Het gros van onze dienstverlening gebeurt geautomatiseerd en via derdebetaler, namelijk via het platform MyCarenet dat de ziekenfondsen hebben ontwikkeld. Denk maar aan ziekenhuisopnames, apothekers, thuisverpleegkundigen, klinische biologie ... Met MyCarenet communiceren we permanent en in real time met verleners, wisselen we data uit en kunnen we e-diensten met meerwaarde aanreiken.

Waar mogelijk bouwt ons ziekenfonds deze ontwikkelingen intermutualistisch uit.

Deze digitale uitbouw kost evenwel geld, en veronderstelt – zeker in een overgangsfase - dat 2 circuits naast elkaar blijven bestaan, het 'oude' papieren en het 'nieuwe' digitale. Om de modernisering snel en goed te kunnen laten verlopen, vragen we dat hier de nodige investeringen voor worden voorzien.

Ook de bankensector en de ziekenhuizen kregen en krijgen geld om de digitale evolutie waar te maken.





ie der  
ee  
n  
telt mee. Altijd

[www.iedereen-telt-mee.be](http://www.iedereen-telt-mee.be)



De VoorZorg



Bond Moyson

DE  VOORZORG