

I. Inleiding

Afgelopen 24 september heeft de algemene Raad van het RIZIV unaniem het voorstel van de Regering goedgekeurd om de begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering voor het jaar 2005 vast te leggen op 17,389 miljard €.

Rekening houdend met de op dat moment beschikbare technische berekeningen en met de initiatieven die zullen genomen worden in 2005, was voor een respect voor die begrotingsdoelstelling het opleggen van correctiemaatregelen en besparingsmaatregelen nodig ten bedrage van 308,497 miljoen €.

In oktober gaven nieuwe gegevens van het RIZIV een hogere overschrijding aan dan aanvankelijk meegedeeld.

Volgend op die cijfers hebben bepaalde actoren of commentatoren aan de alarmbel getrokken en dit vrij ongenueanceerd aangezien ze toen al meenden dat er een overschrijding van 850 miljoen € in 2004 alsook in 2005 zou inzitten. Sommigen hebben toen de levensvatbaarheid van ons systeem van gezondheidszorg in vraag gesteld.

Ik pak de zaken alleszins noch vormelijk, noch inhoudelijk zo aan. Ons systeem van gezondheidszorg is niet in gevaar, ik blijf innerlijk overtuigd dat de fundamenteen solide zijn. Het blijft niettegenstaande onontkoombaar een gepast en evenwichtig antwoord te brengen op het vooruitzicht van de budgettaire overschrijding.

Hoewel de nieuwe cijfers duidelijk vergen dat er maatregelen genomen worden zowel om het strikte evenwicht van de begroting 2005 te verzekeren als om een bepaald aantal gedragingen of gebreken in ons systeem te veranderen, getuigt het alarmisme van bepaalde verklaringen toch duidelijk meer van een vooraf gevormde ideologie dan van een serieuze analyse van de situatie.

1° Eerst en vooral moet erop gewezen worden dat ons systeem van gezondheidszorg 9,1% van ons BBP voorstelt. Dat is heel redelijk in vergelijking met andere landen die over een presterend systeem van gezondheidszorg willen beschikken:

Percentages voor de totale uitgaven van de gezondheidszorg in percentage van het BBP (in 2002)

land	% van BBP
België	9,1 %
Frankrijk	9,7 %
Duitsland	10,9
Nederland	9,1 %
Verenigde Staten	14,6 %

(source : OCDE, data 2004, 1st edition)

2° Ik heb het RIZIV opgedragen de uitgaven van 2004 en 2005 te herevalueren, rekening houdend met de meest recente cijfers en met dezelfde minutieuze methode die hiervoor altijd gebruikt werd, om onbetwist en objectief te kunnen bepalen in welke sectoren de uitgavenevolatie hoger was dan wat budgettair aanvaardbaar is en maatregelen te kunnen formuleren die deze evolutie op structurele wijze afremmen.

Voor het jaar 2004 brengen de nieuwe technische berekeningen een voorzienbare overschrijding aan het licht van 634 miljoen € (in plaats van 310 miljoen €) voor het globaal begrotingsdoelstelling van de begroting voor de gezondheidszorg voor het jaar 2004.

Diezelfde berekeningen brengen een risico voor overschrijding in 2005 aan het licht van 238,2 miljoen € van het globale budgettaire doel, boven op de 308,497 miljoen € besparingen die reeds vastgelegd zijn.

Voor 2004 zijn de belangrijkste overschrijdingen de volgende (in miljoen euro):

1. Artsenhonoraria :	127,476
2. Tandartsen :	12,968
3. Geneesmiddelen :	335,103
4. Implantaten :	14,258
5. Bandagisten :	5,578
6. Ziekenhuizen :	19,168
7. RVT – ROB - CJ :	54,297
8. Eindeloopbaan :	12,095
9. Solidariteitsfonds :	10,836
10. MAF :	58,435

Voor het jaar 2005 zijn de belangrijkste te vrezen overschrijdingen de volgende:

1. Artsenhonoraria :	82,091
2. Tandartsen :	10,342
3. Geneesmiddelen :	78,555
4. Implantaten :	21,220
5. Bandagisten :	2,930
6. Ziekenhuizen :	10,020
7. MAF :	25,190.

Alvorens dieper in te gaan op de procedure en de maatregelen die nodig zijn in de huidige situatie, kan ik enkel vaststellen dat er een belangrijk probleem zit in de budgettaire processen van de verplichte ziekteverzekering. Het is fundamenteel abnormaal dat wanneer de Regering de budgettaire aanpassing van 2004 en het budget 2005 moet voorbereiden, ze nog steeds beschikt over onperfecte schattingen. Ik zal in de toekomst niet meer kunnen aanvaarden dat minder dan vijf weken na de vastlegging van de begroting, we beschikken over gegevens die aantonen dat de technische ramingen slecht geëvalueerd waren. Om een voorbeeld te noemen, tijdens de vastlegging van de begroting 2005 waren de gegevens die me doorgegeven werden van dien aard dat bleek dat de enveloppe van de artsenhonoraria het toegekende budgettaire kader zou respecteren. Vijf weken later tonen de nieuwe schattingen aan dat die sector een overschrijding van meer dan 127 miljoen € in 2004 en meer dan 82 miljoen € in 2005 zal kennen (ondanks de besparingsmaatregelen die in die sector getroffen zijn ten bedrage van 35 miljoen € in 2005).

Ik moet ook vragen stellen over het ritme van de facturatie van de verzekeringsinstellingen. Het is mogelijk dat de overschrijding van 2004 te wijten is aan een versnelling van de facturen van de vorige jaren en het lopende jaar. Het is zeker dat in de toekomst het evenwicht

van de begroting van ziekteverzekering niet meer kan afhangen van het werkritme van de verzekeringsinstellingen.

De wet van 12 februari 1993 tot hervorming van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen creëerde de Commissie voor Begrotingscontrole (CBC) voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze Commissie is nu belast met door middel van een indicatorensysteem de belangrijke risico's van overschrijding van de begrotingsdoelstellingen te bepalen voor elk deel van de zorgsector.

Er moet wel vastgesteld worden dat vooral dit jaar die procedure gefaald heeft de begrotingsproblemen die vandaag opduiken te voorzien op basis van de laatste berekende uitgaven, namelijk die van het eerste semester van 2004, en van de recente berekeningen van de verzekeringsschatkist, die gebaseerd zijn op de uitgaven en inkomsten van de schatkist in de 9 eerste maanden van 2004.

Ik vraag dus vanaf nu aan de Administrateur-Generaal van het RIZIV om me tussen nu en 31 december 2004 een nieuwe procedure voor te stellen om de risico's op overschrijding van de globale begrotingsdoelstellingen en de partiële begrotingsdoelstelling vroegtijdig op te sporen. Die nieuwe procedure zal voldoende garanties voor efficiëntie moeten geven. Die nieuwe te definiëren criteria voor risico's moeten heel streng zijn, toch zeker strenger dan de huidige. In dit kader moeten de instellingen systematisch de gegevens waarover ze beschikken en die hen gevraagd worden door de Rijksdienst doorgeven.

Voor 2004 lijkt het me niet meer mogelijk buiten het kader van de bestaande mechanismen van responsabilisering en de reeds besloten maatregelen, nog te reageren, maar het is uiteraard anders voor 2005.

Aangezien het is niet de bedoeling het begrotingsdoelstelling te doen toenemen, is het volgende nodig:

- bijkomende besparingsmaatregelen treffen op het niveau van dat bedrag voor het jaar 2005;
- in dezelfde termijn een reeks structurele hervormingen bepalen om een verandering in het gedrag van verschillende actoren en instellingen van ons systeem van gezondheidszorg te bereiken;
- het belang van de bepalingen van responsabilisering verzekeren, de uitvoering van de bestaande bepalingen nastreven, ze versterken en ze aanvullen op vastberaden wijze.

Dat is het doel van deze nota.

Er stelt zich wel een voorwaarde voor de voorstelling van die elementen. Iedereen weet het, ons systeem van gezondheidszorg berust op een beheerssysteem dat de verschillende partners in de gezondheidszorg sterk betreft. Naast de sociale partners spelen de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers een belangrijke rol.

Als het evenwicht van ons systeem van ziekteverzekering in gevaar is, is het nodig dat elke actor zijn missie vervult en concrete voorstellen doet die het evenwicht van ons systeem zowel op korte als op lange termijn verzekeren.

Het is daarom dat deze nota in dit stadium niet te nemen of te laten is. Ze heeft als doel de partners van de ziekteverzekering te helpen om me de nodige maatregelen voor te stellen om ons systeem in evenwicht te houden.

Sommigen zullen zeker menen dat ze al te ver afgewerkt is om nog echte veranderingen toe te laten. Daar is niets van aan. In het kader van hun overlegorganen en hun rol in het kader van het beheer van de ziekteverzekering, zal elkeen van de actoren erover kunnen debatteren, ze verbeteren of wijzigen voor zover:

- het globale bedrag van de besparingen wordt gerespecteerd en dat de besparingen niet overgedragen worden op een andere sector ;
- de voorgestelde maatregelen leiden tot veranderingen van gedrag.

Iedereen moet ondertussen wel goed begrijpen dat de precieze indicatie van de maatregelen mijn vastberadenheid om te handelen toont, om het evenwicht van de ziekteverzekering te verzekeren.

Ik nodig de actoren dus uit om me binnen een nabije termijn geschikte maatregelen voor te stellen. Als het overleg waartoe ik jullie aanspoor de toegekende begrotingsdoelstelling niet of slechts gedeeltelijk tegemoetkomt dan dien ik bij de Regering de maatregelen die in deze nota verschijnen in.

Ik hoop gegrond dat alle actoren in de sector zullen antwoorden op deze uitnodiging en teken geven van verantwoordelijkheid. Ik durf te hopen dat we allemaal de overtuiging delen dat het noodzakelijk is vastberaden te reageren op de huidige situatie en elk risico op overschrijding van de ziekteverzekering in 2005 te vermijden.

Parallel met deze werken zal ik aan de Algemene Raad, de Ministerraad en het Parlement een duidelijke nota voorleggen om de reeds ondernomen acties voor een correct en strikt rationeel gebruik van de middelen voort te zetten en te versterken. Ik zal nieuwe maatregelen treffen om een einde te maken aan elke mogelijke verspilling van de middelen.

De uitvoering en versterking van het systeem van referentiebedragen in de ziekenhuizen, de uitvoering van de wet op responsabilisering van de zorgverstrekkers, het gevecht tegen de vastgestelde verschillen in praktijk (zoals bijvoorbeeld wat betreft vooronderzoeken), een dynamische aanpak op het niveau van het zorgaanbod door de programmering en andere ontwikkelingen betreffende de forfaitarisering van bepaalde zorgen, maken alleszins deel uit van deze maatregelen.

Concreet stel ik de volgende methodologie voor:

- het verzekeringscomité moet me in overleg met de verschillende overeenkomstencommissies, op 23 november (om 08u00) de besparingsmaatregelen voorstellen die het evenwicht van het budget in de ziekteverzekering moeten verzekeren ;
- Ik zal ten laatste op 26 november de maatregelen melden die ik wil behouden.
- Op basis daarvan kan het verzekeringscomité vanaf 29 november 2004 de begrotingsdoelstellingen van 2005 herverdelen.

II. Bijkomende besparingen om het evenwicht van de begroting 2005 te verzekeren

De filosofie van de voorstellen die ik zal uitlijnen in deze nota bestaat erin binnen de partiële begrotingsdoelstellingen van de sectoren die overschrijden, de structurele verminderingen van uitgaven vrij te maken die zo snel mogelijk moeten opgestart worden en dat in elk geval in de loop van het jaar 2005.

Ondertussen is het goed vooraf een aantal factoren in overweging te nemen die inherent zijn aan bepaalde sectoren en die niet toelaten bijkomende besparingen te voeren op hun niveau.

Die sectoren zijn :

- Thuisverpleging (overschrijding : 9,5 miljoen€)
- Opticiens (0,9 miljoen €)
- Audiciens (3,2 miljoen €)
- Bevallingen door vroedvrouwen (0,1 miljoen €)
- Dagkliniek (10 miljoen €)
- MAF (25,2 miljoen €)
- Menselijke weefsels (1,0 miljoen €).

Met andere woorden een totaal van 50,6 miljoen € dat moet verminderd worden met het bedrag van 23,65 miljoen € om rekening te houden met de rubrieken die in minne worden gebracht.

Eerst en vooral wens ik te benadrukken dat de maatregelen die ik voorstel, en waarvan sommige ook een inspanning leggen bij de patiënten, geen afbreuk mogen doen aan de bescherming van de patiënten.

Het zou dan ook volstrekt inconsequent zijn om de hogere uitgaven in de maximumfactuur te willen wegwerken via besparingen. Integendeel, het is juist nu belangrijk om het geheel van de beschermingsmechanismen voor de meest zieken en de minst draagkrachtige gezinnen te versterken.

Dit verandert niets aan het feit dat het mechanisme van de Maximumfactuur moet aangepast worden, namelijk om:

- een uniek en simpel beschermingsmechanisme te behalen (namelijk door een fusie tussen de “sociale” MAF en de “fiscale” MAF)
- een einde maken aan het mechanisme van de dubbele terugbetaling van het remgeld (door de verplichte ziekteverzekering en door de bijkomende verzekering genomen door de patiënt).

In het hoofdstuk III van deze nota leg ik mijn visie meer gedetailleerd uit over de verantwoordelijkheid en de bescherming van de patiënten met het concrete voorstel een gemengde werkgroep onder leiding van de administrateur generaal van het RIZIV over een periode van 6 maanden te belasten met het uitwerken van een operationeel en budgettair plan en ondertussen al voorstellen te formuleren die nog in 2005 kunnen worden gerealiseerd. In elk geval, de integratie van de fiscale Maximumfactuur in de inkomensMAF vanaf 1.1.2005

als alle voorwaarden op tijd kunnen vervuld worden, zullen deel uitmaken van deze globale hervorming.

Rekening houdend met het tijdelijke begrotingseffect van de integratie van de fiscale MAF in de inkomens MAF, met het effect van bepaalde verhogingen van remgelden opgenomen in de concrete voorstellen en met de besparing door de individualisering van de MAF voor religieuze gemeenschappen, moet de begroting 2005 voor de maximumfactuur verhoogd worden met 25,774 miljoen €.

Wat de sector van de thuisverpleging betreft, heb ik beslist om een grondige doorlichting te doen van de actuele toepassing van de nomenclatuur en deze te actualiseren op grond van prioriteiten in het licht van de vergrijzing. Dat betekent niet dat er geen correcties zijn aan te brengen en controles uit te voeren.

De hele sector van de thuisverpleging heeft nood aan een grondig onderzoek aangezien een actualisatie niet enkel bedoeld is om te beantwoorden aan de evoluties van de verpleegkunde, maar ook om de uitdagingen van de te verwachten evoluties te voorzien (vergrijzing en complexer worden, intensifiëren van de zorg) voor de behoeften in gezondheidszorg. Het doel in deze sector is de toekenning van de middelen te herdefiniëren. De patiënten thuis zullen met meer zijn, complexer, zwaarder, met meer ziekten en meer afgezonderd. Ze hebben dus een zorgaanbod en hulp nodig die:

- gediversifieerd zijn (pluridisciplinariteit): enerzijds moet de rol en integratie van de zorgkundige in de forfaits van verpleegkundige zorgen thuis bepaald worden en anderzijds moeten de voorstellen bedoeld voor de forfaitarisering van de verpleegkundige zorgen thuis versterkt worden;
- beter gecoördineerd zijn (continuïteit van de zorg): rol van de geïntegreerde diensten van zorg thuis en de informatisering van het globaal verpleegkundig dossier. Het opstarten van groepspraktijken moet toelaten de functionering van gestructureerde teams te definiëren, wat de continuïteit van de zorg moet garanderen, overleg organiseren en de communicatie en samenwerking met de patiënt moet verbeteren. Om de evolutie van de uitgaven te beheersen, moeten de nomenclatuur in verpleegkundige zorg en meer bepaald zekere vormen van forfait kunnen gebouwd worden op georganiseerde praktijken. Het is op die manier dat de noodzakelijke forfaitarisering van de zorg kan voortgezet worden, en meer bepaald voor de chronische patiënten;
- meer gespecialiseerd zijn. Dit verwijst naar de rol en integratie van aflossingverpleegkundigen alsook naar de nieuwe verpleegkundige interventies.

Om deze doelstellingen te bereiken zal een grondige studie gevraagd worden aan de CBC, namelijk op de volgende elementen: verzorging buiten forfait, controle van de forfaits, evaluatie van de nieuwe nomenclatuur (diabetes, palliatieve zorg, wondzorg), vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis en de zorgkosten die daar uit volgen,... Zo zal ook de inning van het remgeld onderzocht worden om toe te laten vraag en aanbod beter te reguleren alsook om een einde te stellen aan bepaalde vastgestelde misbruiken.

Verder zullen de dagplafonds en de cumul van honoraria voorzien per dag verzorging voor de prestaties uitgevoerd op dezelfde dag als andere zorgverstrekkingen door een zelfde of andere verpleegkundige streng gecontroleerd worden.

Wat de sectoren van de opticiens, de audiciens, de vroedvrouwen en de menselijke weefsels betreft, zit het probleem bij een onderraming bij de opmaak van hun deelbegroting en niet bij een overschrijding. Er zullen in die zin dus correcties moeten aangebracht worden.

Concrete voorstellen (bij gebrek aan voorstellen van de actoren)

Medische honoraria

In het kader van het jaar 2004 is de overschrijding dus geschat op 127,476 miljoen € en wordt die vooral verwacht in de volgende sectoren:

- klinische biologie :	15,878
- speciale verstrekkingen :	38,883
- medische beeldvorming :	28,911
- chirurgie :	40,157
- gynaecologie	5,120

Het is nodig dat in intens overleg met de diensten van het RIZIV, de NCGZ van dichtbij de oorzaken onderzoekt van deze verwachte overschrijding.

Op basis hiervan, dient de NCGZ me besparingsmaatregelen voorstellen in om de overschrijdingen te corrigeren. De verwachte besparingen in die sector bedragen 90 miljoen € in 2005.

Bij gebrek zullen volgende maatregelen voorgesteld worden aan de Ministerraad :

1. Harmonisering van de honoraria van de radiologen voor de scanners en NMR

Context : medische beeldvorming aan de hand van CT en MRI is gebaseerd op verschillende fysische principes. Het optimaal applicatiegebied van beide toestellen is grotendeels pathologie-afhankelijk zoals duidelijk wordt aangegeven in de recente aanbevelingen van het Consilium Radiologicum. Het lijkt dan ook billijk om deze pathologie-afhankelijke equivalentie door te trekken in de nomenclatuur die voor elk van beide toestellen kan aangerekend worden, om te vermijden dat budgettaire argumenten zouden meespelen in de keuze van het onderzoek. Momenteel is het zo dat voor een onderzoek van een zelfde regio, een MRI doorgaans een hogere nomenclatuur kent dan een CT. Daarbij dient er wel rekening mee gehouden te worden dat de investeringskost van een MRI toestel hoger ligt dan die van een CT en dat de benodigde acquisitietijd per onderzoek op MRI hoger ligt dan op CT. Deze verschillen tussen MRI en CT worden echter ruimschoots gecompenseerd door de financiering via A3/B3 voor MRI.

Besparingsvoorstel : In lijn brengen van de sleutelwaarde in de nomenclatuur voor de NMR verstrekkingen met die voor scanners.

Opstarttermijn : 1 januari 2005.

2. Structurele Besparingsmaatregelen in de honoraria voor speciale ingrepen en chirurgie

Context : De nieuwe technische berekeningen hebben belangrijke overschrijdingen getoond ten opzichte van de initiële technische berekeningen van de uitgaven 2005.

Besparingsvoorstel : de NCGZ wordt uitgenodigd om voor 23 november voorstellen te doen van structurele besparingsmaatregelen in die twee sectoren. Bij gebrek aan evenwichtige voorstellen zal een lineaire vermindering gevoerd worden van de honoraria die zijn opgenomen in de nomenclatuur voor speciale medisch-technische ingrepen en de chirurgie.

Opstarttermijn : 1 januari 2005

3. Vastlegging van de begrotingsenveloppe voor de klinische biologie

Context : de nieuwe ramingen tonen een overschrijding van 12,8 miljoen € in die sector in vergelijking met de herziene technische berekeningen van de begrotingsdoelstellingen 2005.

Besparingsvoorstel : er wordt voorgesteld de enveloppe voor de klinische biologie 2005 vast te leggen op een bedrag van 925 miljoen €.

Opstarttermijn : 1 januari 2005

4. Herziening van de begrotingsdoelstellingen 2005 en bijkomende forfaitarisering van de medische diagnose beeldvorming

Context : de nieuwe ramingen tonen een overschrijding van 23,129 miljoen euro voor de uitgaven 2005 in vergelijking met de initiële technische ramingen in de sector van de medische beeldvorming.

Door het *Consilium radiologicum* zijn richtlijnen uitgevaardigd die via het sturen van de aangevraagde technieken in functie van de te vermoeden pathologie én kwaliteitsbevorderend én besparend zouden moeten werken. Desalniettemin is de partiële begrotingsdoelstelling voor medische beeldvorming overschreden. Teneinde nog meer de nadruk te leggen op de aanbevelingen dat in functie van de pathologie dient gekozen te worden voor een welbepaalde beeldvormingstechniek en teneinde tegelijkertijd meer budgettaire zekerheid in te bouwen, wordt ervoor geopteerd om de medische beeldvorming verder te forfaitariseren.

Besparingsvoorstel : optrekken forfaitair deel per opname en per voorschrift met hieraan gekoppeld een daling van het aandeel per acte (vermindering waarde sleutelletter), met vermindering om budgettaire redenen van de globale enveloppe met 15 miljoen €.

Rekening houdend met punt 2 zal de enveloppe voor medische beeldvorming 2005 dus vastgelegd worden op 884,451 miljoen €.

Opstarttermijn : 1 januari 2005

5. Uitvoering van een bepaald aantal voorstellen van de werkgroep « structurele maatregelen » van de NCGZ.

Context : De werkgroep die binnen de NCGZ gecreëerd is en belast is met het uitwerken van structurele maatregelen om de uitgaven te beheren, wordt uitgenodigd om concrete besparingsvoorstellen te doen op basis van de sporen die al geschetst zijn, waartussen onder andere de volgende verschijnen:

- 5.1. de afschaffing van de urgentietoelagen voor verstrekkingen van electrocardiogram en radio-thorax en de ambulante klinische biologie ;
- 5.2. afschaffing van de connexisme praktijken ;
- 5.3. De creatie van een uniek nummer voor anonieme ziekenhuisopname dat toelaat de risico's op dubbele opname voor dezelfde ziekte te vermijden (zie verder);
- 5.4. beperking van het aantal endoscopische onderzoeken van het bovenste spijsverteringsstelsel ;
- 5.5. de creatie van een nieuwe verstrekking van tele-monitoring.

Besparingsvoorstel : de werkgroep wordt uitgenodigd om de besparingsvoorstellen voor 15 december 2004 te doen.

Opstarttermijn :

Opzetten maatregelen : 1 april 2004

Andere sectoren

6. Tandartsen

Contexte : een overschrijding van 10,184 miljoen € is vastgesteld tussen de eerste schattingen voor 2005 en de nieuwe.

Besparingsvoorstel : De Nationale Commissie Tandheeskundigen –Ziekenfondsen wordt uitgenodigd om herziene besparingsvoorstellen te doen voor een bedrag van 4 miljoen € met volledig effect voor 2005. Deze maatregelen kunnen de nieuw voorgestelde initiatieven voor 2005 niet raken, namelijk gratis tandverzorging voor kinderen onder de 12 jaar. Bij gebrek aan voorstellen kan de indexmassa met de helft verminderd worden.

Opstarttermijn :

1 januari 2005.

7. Bandagisten-orthopedisten

Context : de nieuwe ramingen van de uitgaven 2005 tonen een overschrijding van 2,933 miljoen € aan in deze sector in vergelijking met de initiële technische berekeningen.

Besparingsvoorstellen :

1. Afschaffing van de indexmassa voor 2005
2. Opstarten van een systeem van verkoop-verhuur van wagens voor bejaarde personen die in ROB of RVT wonen.

Methode : er is vastgesteld dat de gemiddelde duur van gebruik van de wagens lager was dan de levensduur in goede staat. De opstarting van een systeem van verkoop-verhuur (met een maandelijkse huur) laat toe het autopark beter te beheren.

Opstarttermijn :

1 januari voor de indexmassa.

1 juli voor de verkoop-verhuur.

8. Implantaten

1. Vermindering van de terugbetaalde prijs van pacemakers met 15 % om tot een gelijkaardige prijs als de Franse te komen.
2. Vermindering van het forfait voor visco-elastisch materiaal (materiaal gebruikt voor cataract).
3. Materiaal voor viscerosynthese en endoscopie : enkel het materiaal waarvoor een wetenschappelijk bewijs bestaat zal terugbetaald worden.
4. Hetzelfde voor alle non-actieve implantaten.

Opstarttermijn: 1 januari 2005

9. Verhoging van het remgeld voor bepaalde thuisbezoeken.

Met uitzondering van bepaalde doelgroepen voor wie het thuisbezoek van de huisarts een nood is (namelijk kinderen jonger dan 10 jaar en mensen ouder dan 75 jaar, chronisch zieken en personen die zich niet kunnen verplaatsen naar het kabinet), wordt het remgeld verhoogd om vooraf dit type consultatie te ontmoedigen.

Opstarttermijn :

1 juli 2005.

10. Dialyse

Context : De partiële begrotingsdoelstelling voor niervervangende therapie is overschreden. Los van de niertransplantatie, omvat dit hemodialyse, low care dialyse en CAPD. Elk hebben hun eigen financieringssysteem. De keuze voor 1 van deze 4 technieken dient grotendeels pathologie en patiënt-gebonden te gebeuren. De belangrijke verschillen in financiering tussen de verschillende technieken kunnen er evenwel toe bijdragen dat ook economische elementen hiertoe bijdragen. Dit zou minstens ten dele de verschillen kunnen verklaren in substitutiegraad van hemodialyse door low care dialyse of CAPD in de verschillende centra.

Besparingsvoorstel :

Bij gebrek aan voorstellen zullen twee sporen onderzocht worden.

Ofwel een vermindering van het forfait voor hemodialyse in die centra waar de vervanging door Low Care/CAPD zich onder een te bepalen drempel bevindt.

Ofwel een lineaire vermindering van alle forfaits van de ziekenhuiscentra van hemodialyse.

Opstarttermijn : 1^{er} januari 2005

11. Revalidatie

Context : de nieuwe ramingen van de uitgaven 2005 tonen een overschrijding aan van 9,6 miljoen euro in deze sector in vergelijking met de initiële technische berekeningen.

Besparingsvoorstel : De interministeriële werkgroep zal in november 2004 opstarten. De bedoeling van deze werkgroep is alle aanbevelingen van de audit van de sector uitgevoerd door het CBC te vertalen in concrete maatregelen. Als eerste missie moet dit comité structurele besparingsvoorstellen verschaffen. In functie van de grote categorieën van de revalidatie zullen subwerkgroepen opgericht worden om maatregelen op te stellen die

transparantie, programmering en gepaste toekenning van de middelen voor de doelstellingen van revalidatie, chronische zorgen en psycho-medisch-sociale zorgcircuits beogen.

Opstarttermijn : 1^{er} april 2005.

Geneesmiddelen

Context :

De herziene technische ramingen voor 2005 tonen een overschrijding aan van de partiële begrotingsdoelstellingen van de farmaceutische specialiteiten vastgesteld op 3.071,185 miljoen € van 86,021 miljoen €, ofwel ongeveer 3%.

De herschatte overschrijding van dit zelfde budget van farmaceutische specialiteiten in 2004 van 347,896 miljoen € toont aan dat de problematiek van de geneesmiddelensector een algemeen probleem is en niet verbonden is aan een geïsoleerd gedrag van een of enkele actoren, maar dat het gaat om alle actoren.

Er moeten dus strikte maatregelen getroffen worden om de uitgaven voor geneesmiddelen terug te brengen op een aanvaardbaar niveau voor de volksgezondheid en de ziekteverzekering.

In dit kader stel ik voor de volgende maatregelen te treffen, die binnen de doelstelling van globale responsabilisering, alle actoren beogen.

Globaal genomen laten de tien maatregelen hieronder een besparing toe in de trant van 185 miljoen € voor het budget van de verplichte ziekteverzekering, op jaarbasis. In 2005, rekening houdend met de opstarttermijnen van deze reeks, moeten ze een vermindering in uitgaven toelaten van 141 miljoen €.

1. Uitbreiding van het systeem van referentierugbetaling:

Context : Er bestaat een systeem dat het niveau van terugbetaling linkt met de terugbetaling van een goedkoop alternatief voor een molecule (principe van de referentierugbetaling) in bijna alle Europese landen en zelfs buiten Europa. België past dit principe sinds 2001 toe op een zeer beperkte manier ; enkel de precieze vormen en doseringen waarvoor een generisch middel bestaat komen in de referentierugbetaling. Andere Europese landen, waaronder Duitsland, gebruiken dit principe veel uitgebreider en coherenter; de aanwezigheid van een generisch middel voor het werkzame bestanddeel van een specialiteit plaatst alle galenische vormen en verpakkingen in de referentierugbetaling.

Besparingsvoorstel : De referentierugbetaling uitbreiden naar alle vormen en dosering van het betrokken werkzame bestanddeel volgens een vooraf uitgewerkt gelijkwaardigheidschema.

Opstarttermijn : de wet voorziet dat de verpakkinglijsten van de referentierugbetaling elke 1ste januari en 1ste juli worden aangepast. De maatregel kan dus op 1 juli 2005 in werking treden.

2. Verband tussen het rationeel voorschrijven en de accreditering van de artsen:

Context : In haar rapport van 2004 over de besparingsmaatregelen in de geneesmiddelensector heeft het RIZIV een verband berekend van 2.8 tussen de kost per DDD (Dagelijks gedefinieerde dosis) van nieuwe geneesmiddelen die de oude geneesmiddelen kunnen vervangen en de kost per DDD van die oude geneesmiddelen. Dit wordt verklaard zowel door de initiële lagere prijs van minder recente geneesmiddelen als met de verlaging van de terugbetalingbasis die voor terugbetaalde geneesmiddelen sinds 15 jaar is opgelegd , voor welke een generisch middel bestaat.

Het deel van de geneesmiddelen die deel uitmaken van de referentierugbetaling voor het voorschrijven, ligt beduidend lager dan dat in andere Europese landen waar de generische middelen tussen de helft en een derde van de voorschriften betreffen. In België stellen de generische middelen met moeite 10% van alle voorschriften voor.

Anderzijds benadert het aantal consultaties dat leidt tot een voorschrift de 80%. Dat lijkt een heel hoog percentage, vooral als we het samen bekijken met het hoge aantal ziekenhuisopnames die te wijten zijn aan de ongeschikte inname van geneesmiddelen of als we het vergelijken met andere buurlanden.

Besparingsvoorstel : Om te genieten van de accreditering moet een huisarts of geneesheer-specialist een minimum percentage van voorschriften respecteren van goedkopere geneesmiddelen die deel uitmaken van de referentierugbetaling (originele of generische) in de therapeutische klassen waar goedkopere geneesmiddelen goed vertegenwoordigd zijn.

Het aantal consultaties dat niet leidt tot een voorschrift kan ook een factor zijn voor het verkrijgen van de accreditering.

Bij afwezigheid van een aanvraag voor accreditering zal het artikel 77 van de ZIV wet over de responsabilisering van de voorschrijvende artsen in werking gezet worden.

Opstarttermijn : 1^{er} april 2005 (noodzakelijk termijn om de klassen te bepalen en de werkmiddelen ter beschikking te stellen van de artsen).

3. Snelle inwerkingtreding van het voorschrift van geneesmiddelen onder de Internationale Gemeenschappelijke benaming.

Context : De mogelijkheid om voor te schrijven onder het belangrijkste werkzaam bestanddeel (voorschrift onder de Internationale Gemeenschappelijke Benaming) zal de taak van de arts vergemakkelijken in het kader van de voornoemde besparingen.

Opstarttermijn : 1^{er} maart 2005.

4. Strikte beperking van de nieuwe toelating tot terugbetaling voor moleculen of indicaties die echt innoverend zijn in hun therapeutische bijdrage.

Context : De toelating tot terugbetaling van nieuwe moleculen of nieuwe indicaties behoren tot een multifactoriële analyse waar de kost van de behandeling en het belang voor de volksgezondheid bij spelen. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen de reële therapeutische meerwaarde voor de patiënt en de kost voor de maatschappij.

Besparingsvoorstel:

De Commissie terugbetaling geneesmiddelen zal belast worden met de versterking van kosten-baten analyse voor de ziekteverzekering van een nieuwe specialiteit en met het weigeren van elke bijkomende kost als ze niet onontbeerlijk is voor de volksgezondheid. In het geval dat de beslissing van die commissie niet besparend genoeg is, zal ik mijn recht om de beslissing om budgettaire redenen af te wijzen gebruiken. Zo nodig zal de terugbetaling van een nieuw geneesmiddel beperkt worden tot die indicaties waarvoor het een onbetwistbare meerwaarde brengt.

Opstarttermijn : 1^{er} januari 2005.

5. Terugbetaling van de antibiotica in categorie C, niet geplafonneerd.

Context : De overconsumptie van antibiotica is heel verontrustend, zowel op vlak van volksgezondheid als voor de kost van de gezondheidszorg. Er zijn al vele initiatieven genomen met een zeker succes. Niettemin blijft het niveau heel hoog in vergelijking met onze Europese burens. Een grotere responsabilisering van de patiënt en een groter plichtsbef van de arts zijn onontbeerlijk. Deze maatregel is ook verantwoord gezien er een groot aantal goedkope antibiotica bestaat. Het afschaffen van het plafond van het remgeld wordt voorgesteld om het voorschrijven van antibiotica van de laatste generatie te ontmoedigen in de ambulante sector.

Besparingsvoorstel : Buiten het ziekenhuismilieu : declassering van de terugbetaling van antibiotica van de categorie B (75/85%) naar de categorie C (50%) zonder plafond.

Opstarttermijn : 1 maart 2005.

6. Bijdrage van de farmaceutische industrie tot de financiering van de uitgaven voor geneesmiddelen in functie van de promotie van geneesmiddelen.

Context : In het kader van de begroting 2004 had ik aanvaard een vermindering in te schrijven van de uitgaven voor geneesmiddelen van 15 miljoen €, wat verbonden is met de autoregulatie van sector wat de promotie van geneesmiddelen betreft.

Gezien de evolutie van de uitgaven voor geneesmiddelen en ondanks de pogingen van pharmer.be in het kader van zijn ethische code, kunnen we enkel vaststellen dat de uitgaventrend niet veranderd is door die maatregel.

Besparingsvoorstel : In 2005 zal de sector van de industrie voor een bedrag proportioneel met de technische ramingen bijdragen (of 3.157 miljoen euro).

Opstarttermijn : 1 januari 2005.

7. Verhoging van de retributie door de apotheker:

Context : In het kader van de begroting 2005 houdt de marge van 501 miljoen die aan apothekers is gegarandeerd rekening met de totale index en de totale groeimarge. Dit bedrag is dus het maximum bedrag waarvan de andere actoren in de gezondheid van hebben moeten afzien gezien de heel moeilijke begrotingssituatie.

Besparingsvoorstel : De betaling wordt verhoogd met 4 miljoen €.

Opstarttermijn : 1 januari 2005.

8. Aanpassing van het mechanisme van responsabilisering van de farmaceutische industrie voor haar reële deel in de kost van het geneesmiddel:

Context : De industrie betaalt momenteel 65% van de overschrijding van het geneesmiddelenbudget terug. Dat percentage wordt geacht het deel van de prijs buiten de fabriek in de prijs van het geneesmiddel voor te stellen. Sinds de initiële berekening is de situatie geëvolueerd : het deel van de marge van distributie (apotheker en groothandelaar) is verminderd na een verhoogde consumptie van de dure verpakkingen (nieuwe geneesmiddelen of grote verpakkingen) voor welke de marge proportioneel kleiner is.

Besparingsvoorstel : Het deel van de overschrijding van het geneesmiddelenbudget dat wordt terugbetaald door de industrie wordt opgetrokken van 65% naar 72% om het reële deel van de industrie in de prijs van de geneesmiddelen voor te stellen.

Opstarttermijn : 1 januari 2005.

9. Integrale forfaitarisering van het gebruik van geneesmiddelen bij hospitalisatie (one-day en klassiek)

Context : Het huidig geneesmiddelenbudget voor gehospitaliseerde patiënten wordt ruwweg geschat op 350 miljoen €. Een enveloppering hiervan kan de groeivoet in deze sector afremmen. Een project van partiële forfaitarisering is onder de vorige legislatuur ingediend, doch na analyse door het Verzekeringscomité weggestemd. Hoofdkritieken waren onder dat gevreesd kon worden voor substitutie van parenterale door orale geneesmiddelen om het partieel vastgelegd forfait te omzeilen.

Tevens werd gesteld dat een partieel forfait vastgelegd op basis van een achterna hinkende casemix onvoldoende budgettaire ruimte biedt om binnen het ziekenhuis het geneesmiddelen formularium adequaat te kunnen aanpassen om nog ruimte te laten voor innovatieve geneesmiddelen. Het invoeren van een algeheel forfait laat wel meer ruimte om binnen de beschikbare enveloppe.

Deze maatregel is op budgettair vlak neutraal in 2005.

Besparingsvoorstellen : Invoeren van een geneesmiddelenforfait in het ziekenhuis op basis van de casemix, mede rekening houdende met de resultaten van de door de Multipartite aan het KCE toevertrouwde studie hieromtrent.

Opstarttermijn : 1 juli 2005

III. EEN BETER EVENWICHT TUSSEN VERANTWOORDELIJKHEID EN BESCHERMING VAN DE PATIENTEN

1. Context

Het Belgisch gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door hoge persoonlijke bijdragen bij gebruik van zorg (out-of-pocket payments). De persoonlijke bijdragen bestaan uit: wettelijke remgelden (het verschil tussen wettelijk tarief en terugbetaling); supplementen (kamer, erelonen, materialen en hulpmiddelen); niet terugbetaalbare prestaties (met vooral de D-medicatie en de dagprijzen in instellingen).

Out-of-pocketpayments zijn een aanvullende bron van financiering van gezondheidsuitgaven. De wettelijke remgelden bedroegen in 2002 1.390.270 d€, hetzij 8.3% van de uitgaven voor terugbetaalde zorg (som van uitgaven ZIV + staatstussenkomst ziekenhuisverpleging + wettelijke remgelden). Hierbij is evenwel geen rekening gehouden met de terugbetalingen maximumfactuur, nl. 121.428,3 d€ (sociale en inkomensMaf) + naar schatting 54.000 d€ via fiscale Maf (het juiste bedrag zal pas halfweg 2005 gekend zijn). Het aandeel netto betaalde wettelijke remgelden zou dus voor het jaar 2002 ongeveer 7.3% bedragen.

Om een idee te hebben van de andere netto uitgaven van de gezinnen, moeten we beroep doen op de nationale rekeningen voor het jaar 2002. De gezinnen hebben toen 5.956.300 d€ uitgegeven voor gezondheid en gezondheidszorg. In dat bedrag zijn de wettelijke remgelden inbegrepen en ook de uitgaven die gedekt zijn door aanvullende verzekeringen, namelijk 603.800 d€.

Strikt genomen:

- Dienen remgelden in algemene zin om ‘moral hazard’ tegen te gaan. Het Belgisch gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door een hoge graad van vrijheid (veel van de zorg is direct toegankelijk; de therapeutische vrijheid is ruim). Persoonlijke bijdragen moeten het ongeremd beroep op zorg tegen gaan. Er is in de internationale literatuur (o.a. OESO) een consensus dat remgelden noodzakelijk zijn in een terugbetalingssysteem, maar ook dat er een gevaar in schuilt van ongelijkheid: diegenen met hogere zorgbehoefte en/of lager inkomen riskeren ten onrechte te worden afgeremd, terwijl het remmend effect bij lagere zorgbehoefte en/of hoger inkomen verdwijnt. Er wordt ook gesteld dat verhogen van remgelden een beperkt elasticiteitseffect heeft, tenzij de verhoging van dien aard is dat de sociale neveneffecten onaanvaardbaar worden.
- Dienen remgelden vooral te remmen wanneer er gevaar is op ongelimiteerde of onnuttige consumptie. De Belgische praktijk is hier ver van verwijderd. 23% van de wettelijke remgelden wordt geïnd op consultaties en huisbezoeken en dus in belangrijke mate op de ‘point of access’. In nogal wat landen wordt er geen of slechts een beperkte financiële drempel gehanteerd voor de toegang tot huisartsenzorg. Met de invoering van het GMD en met de aangekondigde differentiëring van remgelden gaan we wel in deze richting. De referentierugbetaling voor geneesmiddelen (sinds 2002) is een andere beleidsmaatregel die er op gericht is onnodig dure consumptie te ontmoedigen.
- Supplementen en niet terugbetaalbare prestaties zouden in principe betrekking moeten hebben op niet-essentiële zorg (comfort en ‘luxe’). Dit is in België lang niet

het geval: ereloonsupplementen hangen voor een belangrijk deel af van een vrije keuze van de zorgverstrekker; supplementen op essentiële materialen zoals implantaten vormen ook een toenemende kostenfactor voor de patiënten. Op het vlak van opname van materialen in de verplichte verzekering zijn er de voorbije jaren grote stappen gezet, maar het probleem van de persoonlijke bijdragen (afleveringsmarge, veiligheidsmarge en/of supplementen is nog niet afdoend geregeld) en er is nog geen sluitende definitie voor de medische hulpmiddelen waarvan de kosten gedekt zijn door het ziekenhuisbudget.

Persoonlijke bijdragen zijn een ‘bijdrage op gebruik van zorg’. A priori zijn ze onrechtvaardig omdat het persoonlijk financieel risico toeneemt bij toename aan behoefte aan zorg en bijgevolg afbreuk doen aan het solidair karakter van de gezondheidszorg.

Diverse maatregelen beogen een sociale correctie:

- De voorkeurregeling voor een aantal sociale categorieën waardoor de persoonlijke bijdrage *per prestatie* wordt beperkt;
- De maximumfactuur die naargelang het inkomen de *gecumuleerde* wettelijke remgelden per kalenderjaar en per feitelijk gezin plafonneert.
- Gerichte forfaitaire tegemoetkomingen (forfait chronisch zieken, incontinentieforfait, palliatief thuiszorgforfait en vanaf 2005 ook forfait voor thuisverzorgde comapatiënten).
- De bescherming van sociale categorieën tegen ereloonsupplementen op twee- of meerpersonenkamer.

Deze maatregelen hebben evenwel geen effect op supplementen (behalve de hierboven vermelde bescherming tegen ereloonsupplementen) en niet terugbetaalbare prestaties.

Dat gebeurt wel via aanvullende verzekeringen, hetzij via de ziekenfondsen hetzij via al dan niet collectieve private verzekeringen. Deze verzekeringen zijn veel minder of zelfs niet solidair van aard (door het weren van slechte risico's bij afwezigheid van acceptatieplicht, premiedifferentiatie in functie van risico, geen inkomensgerelateerde bijdragemodulering, uitsluiting van bepaalde risicodekkingen zoals psychiatrische zorg). In zoverre aanvullende verzekeringen dekking verlenen aan nog niet terugbetaalde zorg (de zogenaamde wachtkamerfunctie, al dan niet gecombineerd met contractering op kwaliteit en/of prijs) hebben zij een nuttige functie, weliswaar steeds zonder een universele dekking te bieden. Omgekeerd, in zoverre dergelijke verzekeringen ook aan herverzekering doen van remgelden, ondergraven ze het ‘rem’geldkarakter. Bovendien heeft dergelijke herverzekering tot gevolg dat dubbele betalingen kunnen voorkomen voor dezelfde prestaties (via maximumfactuur en via aanvullende verzekering).

2. *Onder welke voorwaarden kan in deze context een grotere inspanning van de patiënten worden overwogen?*

De vraag kan als volgt worden geherformuleerd: gelet op de sterke groei van de gezondheidsuitgaven, die gevolg zijn van een combinatie van volume en prijsontwikkeling,

waarbij de factor volume deels afhankelijk is van de vraag, waarin de patiënt een stukje verantwoordelijkheid heeft – naast de belangrijke factoren aanbod en innovatie: onder welke voorwaarden en voor welke prestaties kan een selectieve verhoging van de persoonlijke bijdragen eventueel worden overwogen?

Het is eerst en vooral belangrijk te onderstrepen dat zowel wat prijs als volume betreft, de patiënt reeds meebetaalt! Zo bijvoorbeeld leiden de geprogrammeerde ereloonverhogingen voor de artsen tot een parallelle stijging van de remgelden. Van 2000 naar 2002 is het volume ‘wettelijke remgelden’ gestegen met 5.80%. Deze stijging ligt in de grootteorde van de evolutie van de koopkracht van de gezinnen en is duidelijk lager dan het stijgingsritme van de ZIV-uitgaven, omdat in sommige sectoren (zoals geneesmiddelen en ziekenhuizen) de remgelden geplafonneerd of forfaitair van aard zijn en omdat een gedeelte van de nieuwe uitgaven in de ZIV geen betrekking hadden op tarieven (onder andere de maximumfactuur).

Bovendien leveren de sociale verzekerden een bijkomende inspanning via de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen in geval van overschrijding van de begrotingsdoelstelling.

Bij beslissingen over de gezondheidszorg, wordt enkel gekeken naar de budgettaire impact voor de ziekteverzekering en niet naar de impact op de private bestedingen. Overigens is er totnogtoe evenmin rekening gehouden met de budgettaire impact op de maximumfactuur, wat gezien het toenemend belang van de maximumfactuur een systematische onderraming tot gevolg heeft van de werkelijke kostprijs van de maatregelen en van de maximumfactuur.

Een basisvoorwaarde voor een eventuele verhoging van persoonlijke bijdragen is dat de sociale gevolgen ervan op zijn minst *volledig* worden geneutraliseerd en bij voorkeur dat een dergelijke maatregel gepaard gaat met een *sociale verbetering*.

Dat betekent dus dat we een verhoging van persoonlijke bijdragen enkel in overweging nemen in een context van grotere selectiviteit op grond van volgende criteria:

- Een versterking van de bescherming bij chronisch zorggebruik;
- Een versterking van de mechanismen die rekening houden met de financiële draagkracht van de gezinnen
- Behoud of versterken van het principe dat op preventieve zorg met bewezen nut geen drempel wordt gelegd (bvb. preventieve tandzorg bij kinderen)
- Een groter accent op door de patiënt vermijdbare remgelden
- Begeleidende maatregelen ter verbetering van de bescherming tegen andere persoonlijke bijdragen dan wettelijke remgelden.

3. *Maatregelen die de selectieve bescherming versterken.*

- a) voorkeurregeling en maximumfactuur: momenteel worden in het kader van het RIZIV en in overleg met de Minister een aantal voorstellen tot verbetering van beide beschermende systemen uitgewerkt, zowel vanuit het oogpunt van vereenvoudiging als van het verbeteren van de effectiviteit. De grote lijnen ervan zijn:
 - a. het beter afstemmen van de gehanteerde gezinsnoties op de feitelijke gezinssituatie

- b. het oplossen van het probleem van verlies van voorkeurregeling bij kleine wijziging in het inkomen (bvb. door aanpassingen van uitkeringen aan de welvaart)
- c. het integreren van de fiscale maximumfactuur in de inkomensMAF
- d. het vermijden van dubbele betalingen
- e. het vervolledigen van de persoonlijke bijdragen die in de maximumfactuur worden geteld (magistrale bereidingen, implantaten)
- f. het maximaal gebruik maken van reeds gekende inkomensgegevens

Wat betreft de dubbele betalingen zijn reeds wetsaanpassingen doorgevoerd om dubbele terugbetaling via de maximumfactuur en via andere, van overheidswege ingestelde, vormen van terugbetaling van remgelden. Wat de aanvullende en private verzekeringen betreft, worden sommige remgelden die opgenomen worden in de teller van de maximumfactuur, in min of meerdere mate ook door hen terugbetaald. Het is dus niet uitgesloten dat, eens de drempel van remgelden overschreden, de verzekerde twee keer terugbetaling krijgt. De werkelijke impact van deze ‘dubbele betalingen’ is quasi onmogelijk te meten, daar er zeer verschillende regelingen bestaan in de aanvullende en private verzekeringen (geplafondeerde tussenkomsten, franchises, forfaitaire bedragen). Vermits de maximumfactuur een universele maatregel is en vermits een private verzekering *aanvullend* is en in ons systeem geen *onderdeel* is van de universele bescherming, met uitzondering van de vrije verzekering tegen kleine risico’s van de zelfstandigen, moet de oplossing voor het vermijden van dubbele betalingen eruit bestaan dat de remgelden die in het kader van de maximumfactuur worden terugbetaald geen tweede keer worden terugbetaald via de private of aanvullende verzekering. Hier bestaat een praktische oplossing voor, in de mate dat de private en aanvullende verzekeringen zich baseren op attesten of facturen waarop een onderscheid wordt gemaakt tussen hetgeen terugbetaald wordt door de ziekteverzekering en hetgeen ten laste is van de patiënt. Momenteel worden de naderhand terugbetaalde remgelden nog altijd aangemerkt als ‘betaald remgeld’ op die attesten en facturen. Indien evenwel aan de ziekenfondsen de toelating wordt gegeven om aan de zorgverstrekkers die in derde betalende factureren – hetgeen voor ziekenhuiszorg een verplichting is – te melden dat voor een patiënt de 100% terugbetaling geldt wegens het overschrijden van de remgelddrempel, zullen er geen tweede keer terugbetalingen meer gebeuren. De ontwikkeling van Carenet laat toe om deze communicatie snel over te maken aan de ziekenhuizen. Er is evenwel een belangrijke voorafgaande voorwaarde: namelijk het integreren van de fiscale maximumfactuur in de inkomensmaximumfactuur, zodanig dat ziekenfondsen het beheer voeren van de Maf voor alle gezinnen.

Anderzijds zal dit leiden tot een besparing voor de private en aanvullende verzekeringen. Deze besparing kan ten goede komen aan de verplichte verzekering door het omzetten ervan in een verhoging van de taks op hospitalisatieverzekeringen. Deze taks is voor 2005 geraamd op 63 miljoen euro en bedraagt 10%. Indien een verhoging met 2% wordt toegepast zou dit het door de Christelijke Mutualiteiten geraamd bedrag van 12,5 miljoen euro voor de dubbele terugbetalingen volledig compenseren.

De overschakeling van fiscale naar inkomensmaximumfactuur veroorzaakt op korte termijn een meeruitgave, maar vanaf het derde jaar een structurele besparing.

De fiscale maximumfactuur betaalt in regel twee jaar na het jaar van verstrekking terug, terwijl de inkomensmaximumfactuur begint te werken van zodra de overschrijding van de drempel is vastgesteld en de inkomenstoets is gebeurd. Er moet dus gedurende een tweetal jaar tegelijk worden betaald voor de inkomensmaf van het lopende jaar en de terugbetaling van de fiscale Maf van twee jaar terug. (in werkelijkheid is de weerslag voor inkomensmaf het eerste jaar 46% en vanaf het tweede jaar 100%). De besparing op termijn vloeit voort uit het verschil in gezinsnoties. De inkomensmaf hanteert het feitelijk gezin zowel wat betreft de inkomens als wat de som van remgelden betreft. De fiscale Maf hanteert de notie 'fiscaal gezin': binnen een zelfde feitelijk gezin kunnen meerdere fiscale gezinnen voorkomen. Hierdoor kunnen er via de fiscale Maf toch terugbetalingen plaats vinden voor gezinnen die in de inkomensmaf niet in aanmerking zouden komen.

De overschakeling van fiscale naar inkomensmaf heeft nog andere voordelen: zo kan er voor de zelfstandigen voor alle inkomensschijven rekening worden gehouden met de remgelden in het kader van de vrije verzekering (nu geldt dit enkel voor de sociale en inkomensmaf); er kunnen nog remgelden worden terugbetaald tot na de datum van overmaking van de gegevens aan de fiscus; de administratieve opvolging op het niveau van de ziekenfondsen wordt eenvoudiger.

Andere aandachtspunten in verband met de voorkeurregeling en de maximumfactuur zijn de volgende:

- de problematiek van de toegang tot de voorkeurregeling voor kinderen met verhoogde kinderbijslag wegens handicap die wel mogelijk is in het algemeen stelsel en niet in de regeling van de zelfstandigen enerzijds en anderzijds de verzekerbaarheid als kind met ascendenten ten laste zonder bijdragebetaling doordat geen rekening wordt gehouden met het gezinsinkomen in het geval de kostwinner in het buitenland particulier is verzekerd. De oplossing van deze twee problemen hangt nauw samen, maar brengt een meerkost mee van 2 miljoen euro in het stelsel van de zelfstandigen (gelijkschakeling van de rechten kinderen met een handicap) en een opbrengst van 550 000 euro in het algemeen stelsel (door de bijdrageplicht indien wel rekening wordt gehouden met inkomen van de kostwinner). Dit uiteraard in de veronderstelling dat de toegang tot de voorkeurregeling wordt behouden voor kinderen met een verhoogde kinderbijslag (en minimum vier punten in pijler 1).
 - Het onvolledig toepassen van het individualiseringsprincipe in de religieuze gemeenschappen (wel van toepassing voor diegenen die verzekerd zijn op grond van de uitbreiding van het stelsel van de zelfstandigen tot de kloostergemeenschappen; niet van toepassing op religieuzen met bedrijfsinkomen, waardoor de sociale Maf van één lid van toepassing wordt op de gehele gemeenschap): deze situatie leidt tot een meeruitgave van tenminste 1 miljoen euro.
- b) In uitvoering van de beslissing van de Regering om in het kader van de begroting van de ziekteverzekering 2005 te komen tot een sluitende regeling voor wat betreft de medische hulpmiddelen, zal een stop worden gezet op het aanrekenen van supplementen voor allerlei materialen en duidelijkheid worden gecreëerd over wat nog aanrekenbaar is aan de patiënten.

- c) Inzake de ereloon-supplementen kan worden overwogen worden om de bescherming die thans geldt voor de sociale categorieën uit te breiden tot patiënten die in het kader van de maximumfactuur de drempel van 450 of 650 euro hebben bereikt. Ook kan worden overwogen om hetzelfde principe uit te breiden tot de ambulante verstrekkingen.
- d) Inzake de forfaitaire vergoedingen aan patiënten (chronisch zieken, incontinentie, palliatieve thuiszorg en coma) dient enerzijds aandacht besteed te worden aan de vastgestelde sterke stijging van het aantal patiënten met chronisch zorgforfait en meer bepaald de vraag of de verhoging van de toegangsdrempel die in 2003 werd ingevoerd de niet bedoelde groei voldoende heeft afgeremd en anderzijds aan de vraag of het palliatief thuiszorgforfait, dat momenteel maximum 2 maanden geldig is, niet dient uitgebreid gelet op de evaluatie van de maatregelen palliatieve zorg die momenteel in bespreking is in het RIZIV.

4. Concreet voorstel

Een gemengde werkgroep onder de leiding van de administrateur-generaal van het RIZIV en samengesteld uit leden van de werkgroep verzekeraarbaarheid en medewerkers van de strategische beleidscel en aangevuld met experten uit de betrokken FOD's (Sociale zaken en Financiën) en parastatalen (o.a. DOSZ en Zeelieden) wordt er mee belast om met betrekking tot punt 3 binnen een periode van zes maanden een globaal voorstel en een operationeel en budgettair plan uit te werken ten behoeve van de Minister en reeds tussentijds voorstellen te formuleren die nog in 2005 kunnen worden gerealiseerd. In elk geval moet de integratie van de fiscale maximumfactuur in de inkomensmaf met ingang van 1.1.2005 indien alle voorwaarden hiertoe tijdig kunnen worden vervuld, deel uitmaken van deze globale hervorming. De reglementaire beslissingen daartoe hoeven niet noodzakelijk op 1.1.2005 te zijn genomen. Tevens wordt de werkgroep er mee belast om de doorlichting te maken van de huidige remgelden in het licht van de principes die punt 2 werden vooropgesteld.

Deze nieuwe en omvangrijke opdracht zal worden opgenomen in de avenant voor het jaar 2005 aan de lopende bestuursovereenkomst.

IV. De structurele maatregelen die in 2005 moeten opgestart worden

Complementair bij de aanvullende voorstellen op korte termijn, lijkt het me belangrijk bepaalde beleidsacties aan te duiden die vanaf nu moeten opgevolgd of opgestart worden om echte veranderingen in gedragingen te bereiken.

Eenzijds moet er een structureler en globaler beleid van het geneesmiddel gevoerd worden.

Anderzijds lijken me in het kader van een verantwoordelijk en strikt beheer van de middelen, twee elementen heel belangrijk:

- een grondige herziening van het ziekenhuisaanbod en de medische nomenclatuur ;
- het beleid van de responsabilisering van de actoren.

A. EEN STRUCTURELER BELEID VAN HET GENEESMIDDEL:

Naast de systematische promotie van goedkopere alternatieven en een rationeel gebruik van de geneesmiddelen, moeten bepaalde sporen uitgediept worden. Die sporen zullen hun effect hebben op middellange termijn maar moeten vanaf nu voorbereid of gestart worden. Het gaat namelijk om:

1. Gevecht tegen de overdreven reclame van firma's.

De nieuwe wet die toestaat te vechten tegen de overdreven reclame van farmaceutische bedrijven bij gezondheidszorgactoren zal heel binnenkort onderworpen worden aan een stemming in plenaire zitting van de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Naast een systeem van vooraf afgeleverde toestemmingen om het echt wetenschappelijke karakter te garanderen van evenementen waar gezondheidszorgactoren op uitgenodigd worden, zal ook het verbod om gelijk welk voordeel te bieden aan verstrekkers verduidelijkt en versterkt worden.

Anderzijds is er een werkgroep opgericht om de nodige elementen te bepalen die vereist zijn om tot een betere kennis van de exacte de kost van een geneesmiddel te komen, namelijk het deel bestemd voor de uitgaven aan marketing en research, en voor de analyse van de mogelijke maatregelen ter beperking van de marketing van de firma's.

Maatregelen zoals een heffing op de marketing uitgaven, de niet-fiscale aftrekbaarheid van de uitgaven voor reclame, of het in rekening nemen van het marketingbudget voor de vastlegging van de prijzen van de geneesmiddelen moeten duidelijk gepland worden om de strijd tegen de overdreven reclame voor geneesmiddelen te versterken.

2. Geleidelijke vermindering van het aantal apothekers:

Het aantal apothekers ten overstaan van het bevolkingsaantal in België is heel hoog: met onze 5.250 apothekers dekt een Belgisch apotheker 2000 inwoners terwijl een Duits apotheker er 4.000 voor zijn rekening neemt en een Hollandse 8.800. Er bestaan uiteraard regionale verschillen en verschillen tussen de stedelijke en landelijke zones waar er beslist rekening met

moet gehouden worden. Niettemin, aangezien het totale aantal apothekers de gesloten enveloppe van de marge voor apothekers voor de terugbetaalde geneesmiddelen moet verdelen, stelt dit een reëel probleem voor de rendabiliteit van de apothekers en de kost voor de gezondheidszorg.

Er is dus reden om op middellange termijn de lokale initiatieven aan te moedigen die aanzetten tot het sluiten of fusioneren van apotheken. Tevens dient ook nagedacht te worden over nationale maatregelen.

3. De concurrentie van farmaceutische firma's versterken:

Om de vermindering van de kosten nog aan te moedigen zal onder andere de haalbaarheid van een systeem van een jaarlijkse openbare aanbesteding om de terugbetaling op de goedkoopste geneesmiddelen aan te passen, geanalyseerd worden in het licht van de Europese reglementering.

Er zal ook onderzocht worden of er een manier is om de verschillende firma's binnen een geneesmiddelenklasse meer te doen concurreren. Concreet gaat het om de mogelijkheid dat een hele klasse van geneesmiddelen overgaat van de terugbetalingcategorie B naar de terugbetalingcategorie C met uitzondering van de specialiteit die de grootste prijsverlaging voorstelt in het kader van een aanbesteding. Enkel deze laatste zal blijven genieten van een terugbetaling in categorie B. Om het behoud van de concurrentie te verzekeren, zal de openbare aanbesteding hernieuwd worden op een te bepalen ritme. Een alternatief bestaat erin in categorie B alle specialiteiten te aanvaarden die een beduidende prijsverlaging voorstellen.

B. EEN ZIEKENHUISBELEID GEBASEERD OP DE BEHOEFTE

De permanente vooruitgang van de medische technologie, technieken en praktijken alsook de verlenging van de levensduur zijn twee positieve elementen in de evolutie van onze maatschappij en haar gezondheid. Maar om te garanderen dat ons gezondheidssysteem blijft bestaan, is het raadzaam dat de impact van die twee elementen in de komende jaren wordt voorzien en beheerst zowel op vlak van kwalitatief beheer van het systeem als op vlak van de beschikbare middelen in functie van de budgettaire beperkingen.

In die zin dringt een belangrijke opgave van analyse en aanpassing van het ziekenhuisaanbod zich op.

Die aanpassing moet passen bij de driedelige uitdaging van kwaliteit, toegankelijkheid (zowel geografisch als financieel) en het verantwoordelijk beheer van de middelen die toegekend zijn aan het gezondheidssysteem, en dat alles in een kader van redelijke keuze en verantwoordelijkheid van de patiënt als eerste actor in zijn gezondheid.

De basisfilosofie moet berusten op de organisatie van de gespecialiseerde geneeskunde en van de ziekenhuissector in functie van de reële behoeften die moeten vervuld worden eerder dan in functie van de aangeboden diensten.

In die geest kan een ziekenhuis zeker niet beschouwd worden als een geïsoleerd element, maar integendeel, het moet georganiseerd zijn in een geïntegreerde zorgtrajecten ten dienste van de patiënt en met de permanente bezorgdheid dat de patiënt zo lang mogelijk een autonoom leven kan leiden in zijn leefomgeving.

Die aanpak moet ook toelaten de beschikbare financiële middelen ten beste toe te kennen.

De concrete vertaling van die basisfilosofie zal op vier grote assen rusten:

1. de identificatie van de behoeften en de programmering van het aanbod per zorgregio;
2. een geschikte financiering in functie van de activiteiten;
3. een precieze evaluatie van de verstrekte zorg
4. het respect voor de reglementering

1. Identificatie van de behoeften en de programmering van het aanbod per zorgregio

Momenteel wordt de programmering van de diensten en voorzieningen nog voornamelijk georganiseerd in functie van de algemene bevolkingsratio (X bedden voor X inwoners) zonder voorafgaande aandacht aan een evenwichtige spreiding op sociaal-geografisch vlak en zonder een echte link met de pathologiespreiding.

Het aanbod per zorgregio programmeren betekent dat op objectieve wijze de reële behoeften in termen van gezondheidszorg en de manier waarop die zorg moet worden georganiseerd, worden bepaald in overleg met de autoriteiten bevoegd voor de erkenning van ziekenhuisdiensten.

Dit betekent dat de prioriteit zal gegeven worden aan de definitie en de organisatie van een geïntegreerde aanpak van de patiënt die het optimale zorgtraject voor de patiënt moet definiëren en dit door een multidisciplinaire samenwerking zowel binnen het ziekenhuis als tussen de ziekenhuizen of met andere zorgnetwerken.

Die reorganisatie zal een weerslag hebben op de behoeften van « verantwoorde bedden » die zal moeten berusten op een nauwkeurige wetenschappelijke evaluatie. In het kader van deze opdracht zal er nauwlettend op moeten gelet worden dat de vermindering van een bepaald aantal bedden niet leidt tot een verlies aan kwaliteit van de zorg en ook dat er aan gelijk welke gezondheids crisis kan beantwoord worden.

Er loopt momenteel een studie (via de “BOS” onderzoekscontracten van het FOD Volksgezondheid) om de behoefte aan acute ziekenhuisbedden te evalueren (in relatie met de capaciteit van het aanbod in chronische zorgen voor de Sp en RVT bedden). De resultaten zouden voor het eind van het jaar moeten gekend zijn.

In de opvolging van die studie zullen de programmering van de ziekenhuizen alsook de structurele normen van erkenning herzien worden, in functie van het per zorgregio benodigde aanbod.

Een zorgregio kan gedefinieerd worden als een aaneenliggende geografische zone waarbinnen alle gezondheidszorgactoren, de zorginfrastructuren en de medisch-technische voorzieningen die nodig zijn om aan de objectieve behoefte van de bevolking te voldoen, verenigd zijn. Tussen alle actoren van het systeem van geneeskundige verzorging in een zelfde zorgregio moet ten dienste van de patiënt een efficiënte coördinatie en collaboratie bestaan tussen de zorgverstrekkers.

De notie van zorgregio kan ook gedefinieerd worden als een structurering en programmering van het zorgaanbod dat kan variëren volgens:

- De sociaal-geografische en socio-gezondheidsrealiteiten van de betrokken bevolking.
- De te behandelen ziekten
- De eventuele graad van vereiste specialisatie van de voorzieningen en zorgprogramma's om een globale behandeling te verzekeren.

Zo zullen we het ziekenhuis herdefiniëren als een geheel van geïntegreerde en erkende zorgprogramma's. Hieraan zullen activiteitsdrempels worden gekoppeld om de kwaliteit van de zorg te garanderen en zal een geografische hergroepering van de teams en voorzieningen worden nagestreefd.

In een bepaald aantal gevallen moet de overheid, verder dan een sterkere samenwerking, een strikt doel nastreven van concentratie voor de ziekenhuismiddelen binnen de zorgregio's.

Deze opgave is fundamenteel. Het gaat erom het aanbod dat spontaan gecreëerd is doorheen de tijd te vervangen door een geobjectiveerd en georganiseerd aanbod binnen de zorgregio's dat rationeel (in economische, kwalitatieve en gezondheidstermen) kan beantwoorden aan de noden van de bevolking en dit alles met een behoud van een redelijke keuzemogelijkheid en kwalitatieve wedijver. In dit kader zal het ook nodig zijn de wetgeving inzake samenwerking tussen ziekenhuizen te herzien (dienstverenigingen, groepering, fusie)

- Men moet duidelijk zijn. Het lijkt evident dat we de uitwerking van een programma niet kunnen overlaten aan de wil of capaciteit van één operator zonder toe te zien op een evenwichtige verdeling ervan in het belang van de bevolking;
- niveaus van activiteit opleggen die waarborg bieden voor zowel de kwaliteit van de zorg (ervaring – kennis) als de financiële rentabiliteit van het ziekenhuis (zonder te moeten overgaan op een « forcing » van het aanbod).
- Een rationele toekenning van de middelen van de ziekteverzekering.

Dit vereist dat het aanbod wordt georganiseerd in functie van zorgregio's waarvan de grootte kan variëren in functie van de activiteit die is geprogrammeerd.

Het is een ingrijpende verandering in het ziekenhuisaanbod en het is dus gepast er meteen aan te beginnen. Dat doel moet vanaf nu nagestreefd worden maar zal onvermijdelijk pas effect hebben op middellange termijn aangezien we niet van een dag op de andere de reeds bestaande realiteit van het aanbod kunnen uitwissen.

Naast de definitie van de zorgregio's en de programmering van het aanbod die er zal uit volgen, vereist de realisering van deze doelstellingen een verandering in de mentaliteit en de logica van het aanbod van ziekenhuiszorg, dat te vaak meer beantwoordt aan gedachten gebaseerd op de logica van filosofische aanhangen dan aan het belang van de volksgezondheid.

Het is dus gepast, afhankelijk van het geval, de verschillende actoren aan te zetten of te verplichten zich in te schrijven in dit nieuwe gezondheidssysteem.

Met andere woorden, het komt erop neer dat de kwaliteit van de zorg vereist dat we een programmering van de ziekenhuisdiensten handhaven en zelfs versterken op basis van een sociaal-geografische verdeling. Voor een aantal medische prestaties winnen we aan kwaliteit als er een minimale activiteitsdrempel is bereikt. Parallel daarmee, in samenwerking met de autoriteiten bevoegd met aflevering van de individuele erkenning van diensten, zal het nodig zijn toe te zien op een streng respect voor de normen en, zo nodig, zij die niet wettelijk werken te sanctioneren.

In een eerste fase lijken me verschillende, niet exhaustieve, reorganisaties prioritair.

Zo plan ik op het niveau van de diensten in pediatrie het concept van gespecialiseerde zorgprogramma's in te voeren en te versterken.

Wat de invasieve cardiologie betreft merken we op dat er een omgekeerd evenredig verband bestaat tussen het aantal prestaties en de complicatieratio. De programmering van die diensten in functie van een strikte logica van zorgregio's is daar bijgevolg onontbeerlijk.

Een derde voorbeeld betreft de oncologie waar een grotere stratificatie van de graad van specialisatie van de diensten in functie van de zorg van verschillende soorten kanker zich opdringt en waar een rationalisering van het aanbod van radiotherapie is gepland.

Tenslotte zal de organisatie van de spoed ook een kwalitatief voordeel trekken uit een betere rationalisering en gebruik van de middelen, die onvermijdelijk zullen dalen met de toepassing van de numerus clausus.

Overigens verdient de programmering van de zware medische apparatuur in de diensten van medische beeldvorming, met name de CT scan, RMN en PET scan, bijzondere aandacht. Zonder afbreuk te doen aan de moeilijkheid om bij bepaalde symptomcomplexen *vooraf* een diagnose te kunnen definiëren, moet in overeenstemming met de huidige aanbevelingen van goede medische praktijk, het type beeldvorming gekozen worden in functie van de vermoede pathologie. De programmering van die apparaten moet bijgevolg voldoende toegankelijkheid voorzien voor elk type apparatuur om een foute keuze van onderzoek te ontmoedigen, dat dan dient gevolgd te worden door een tweede meer gepast aanvullend onderzoek.

Het verwerven van die apparaten stelt echter een belangrijke investering voor die het risico kan inhouden dat er een overconsumptie wordt aangemoedigd om de investering rendabel te maken. In die diensten heeft de programmering dus een budgettair aspect en een volledige deprogrammering van die apparaten kan bijgevolg niet worden voorzien. In dezelfde gedachtegang zal een gedeeltelijke forfaitarisering van de technieken de juiste keuze in functie van de pathologie aanmoedigen.

2. Financieren van verantwoorde activiteiten

Mijn doel is niet alleen de toegankelijkheid tot gezondheidszorg van hoge kwaliteit te garanderen voor eenieder, maar ook toe te zien op de tariefzekerheid voor de patiënt.

Er woog een structurele onderfinanciering op de ziekenhuissector. Een onderfinanciering is van dien aard dat ze afwijkingen uitlokt door de verleiding om te compenseren wat ze veroorzaakt: de middelen van het ziekenhuis verhogen door een breed beroep op toeslagen die de patiënt of hun dekkingsnetwerk benadelen, een personeelsbeleid dat het personeel benadeelt, of de heffingen op de honoraria verhogen wat de geneesheer-specialisten ertoe aanzet activiteiten te ondernemen buiten het ziekenhuis die meer opbrengen en minder beperkend zijn.

Die onderfinanciering is nu aangekaart met het toekennen van een structurele herfinanciering van 100 miljoen € gespreid over drie jaar.

Parallel daarmee zijn er maatregelen getroffen om de toeslagen (vooral op medisch materiaal) voor de patiënten te verminderen en om de activiteiten van de artsen binnen de ziekenhuizen te ondersteunen (moratorium op de afhouding van de honoraria van de artsen en dekking van risico van burgerlijke aansprakelijkheid t.o.v. de activiteit van een arts).

Een nauwgezette evaluatie van de reële kost van het medisch materiaal blijkt globaal nodig. Het federaal kenniscentrum is belast met een eerste studie die de prijs moet analyseren in de sector van bandagisterie.

Het gepaste aanwenden van de beschikbare middelen vereist ook dat de nutteloze herhaling van onderzoeken (vooral technische) wordt vermeden. In dit opzicht ligt de verantwoordelijkheid zowel bij de arts als bij de patiënt. Er moeten initiatieven genomen worden om de toegang te voorzien voor de verschillende actoren van de gezondheid tot de resultaten van uitgevoerde onderzoeken. Dit vereist een permanente investering in de elektronische informatienetwerken, daarom dat een deel van de herfinanciering van de ziekenhuizen specifiek hiervoor bestemd is door de verhoging van de "A1" enveloppe in de BFM van de ziekenhuizen. Het gebruik van een uniek en anoniem nummer per patiënt moet ook de overconsumptie door gebrek aan toegang tot informatie verminderen.

Tenslotte, aangezien de financiering van de ziekenhuissector gebaseerd is op het principe van dualiteit, moet een correcte financiering van de verantwoorde activiteiten dus ook rekening houden met de nomenclatuur van de artsen. In deze sector dringt een herstel van het evenwicht van de nomenclatuur, met als doel het beter richten van het honorarium op de verstrekte technische en intellectuele prestaties, zich op.

Hiertoe zal een beperkte groep van experts belast zijn met te onderzoeken in welke mate de hervorming van de CCAM in Frankrijk kan getransponeerd worden op de Belgische situatie.

In de opvolging van deze maatregelen, moet de mogelijkheid onderzocht worden om diagnostische « enveloppen » in te voeren, waarbij men zou overgaan van de financiering per acte op een gemengd model (een deel forfaitair in functie van de pathologie en een deel op basis van de geleverde prestaties).

Er moet evenwel vermeden worden dat de maatregelen een risico meebrengen om ziekten of patiënten te selecteren. De *case mix* van ziekenhuizen zal dus naast de sociale dimensie, het risico in verband met bepaalde patiënten of bepaalde ziekten integreren. Alles zal in werk gezet worden om transfers tussen ziekenhuizen te vermijden die niet medisch geïndiceerd zijn (in het kader van een behandeling of apparatuur die niet voorhanden is in het ziekenhuis waar de patiënt zich bevindt).

De financiering op basis van verantwoorde activiteiten dat in 2002 werd ingevoerd staat toe de politieke wil te vinden om de activiteit (in antwoord op de behoefte) te financieren, en niet de structuur van de aangeboden zorg. Dit nieuwe systeem van financiering moet geïntegreerd worden in een doordacht schema van een optimale herverdeling van de apparatuur en de structuren over het hele territorium om te vermijden dat er “non zorg” zones gecreëerd worden voor typologieën van zorg, waarvan wordt aanvaard dat ze overal beschikbaar dienen te zijn.

3. De verstrekte zorg evalueren : zich verzekeren dat de zorg besteed aan de patiënt kwaliteitszorg is en dat de toegankelijkheid tot de zorg permanent blijft .

De financiering van ziekenhuizen is gebaseerd op verantwoorde en gepaste zorg. Het is dus onontbeerlijk dat de uitgevoerde activiteiten correct worden geëvalueerd. De evaluatie van de verstrekte zorg kan natuurlijk niet enkel gebeuren vanuit budgettair opzicht. Het is ook belangrijk kwaliteitsindicatoren erin te betrekken om te vermijden dat de uitsluitend budgettaire bezorgdheden ziekenhuizen of actoren van de gezondheidszorg ertoe drijven ongepaste besparingsmaatregelen te treffen zoals het ondervoorschrijven van geneesmiddelen of het ondergebruik van bepaalde medische technieken.

Een echt beleid van kwaliteit en evaluatie daarvan moet gesteund worden door middel van het invoeren van een accrediteringsysteem voor de ziekenhuizen. Dit moet gebeuren door het invoeren van een reeks indicatoren die de structuur, het zorgproces en het resultaat van de medische activiteiten binnen de ziekenhuizen evalueren en dit buiten het simpele respect voor de erkenningcriteria die een minimale baken van functioneren zijn.

4. Het respect voor de reglementering :

Momenteel vrezen we dat er een aantal instellingen of diensten functioneren zonder te beschikken over de vereiste erkenning. In overleg met de Gemeenschappen en Gewesten wil ik over een duidelijk beeld te beschikken van alle diensten die een erkenning nodig hebben en de overeenkomst van die eis met de realiteit op het terrein.

Het is nodig dat elkeen van de openbare actoren duidelijk zijn verantwoordelijkheid in de materie opneemt. Enerzijds is het nodig dat de Gemeenschappen en Gewesten hun verantwoordelijkheid opnemen door toe te zien op de sluiting van diensten die zonder de vereiste erkenning functioneren. Anderzijds is het nodig dat de ziekteverzekering en de FOD “Volksgezondheid” me de nodige reglementaire bepalingen voorstellen om te verzekeren dat de niet erkende diensten geen enkele financiering ontvangen voor dit type activiteit.

C. EEN VERHOOGDE RESPONSABILISERING VAN DE ACTOREN:

<p style="text-align: center;">Zorgverleners en Instellingen, patiënten, verzekeringsinstellingen, overheid : Actoren en verantwoordelijke partners</p>
--

Het gevecht tegen de verschillen in medische praktijk is een essentieel punt van mijn beleid inzake gezondheidszorg. Een zekere variabiliteit is inherent aan de uitoefening van geneeskunde, door onvermijdbare verschillen in symptomatologie of in ernst verbonden aan de pathologie. Dat kan gedefinieerd worden als “normale” variabiliteit in de uitoefening van de geneeskunde. Naast deze zogenaamde normale variabiliteit kan er ook een “abnormale” variabiliteit bestaan die bijkomende uitgaven kan meebrengen zonder dat de kwaliteit van de verstrekte zorg verhoogd is. Een volledig rapport over alle acties die ik van plan ben te ondernemen op dit domein zal later worden ingediend.

Ondertussen ben ik van plan mijn verantwoordelijkheid ten volle op te nemen door middel van een snelle opstarting van enkele elementen in dit actieplan.

1. De reponsabilisering van de zorgverleners en instellingen consolideren

Tijdens de vorige legislaturen zijn er verschillende initiatieven gestart met de bedoeling de actoren van het systeem van gezondheidszorg te reponsabiliseren.

Ik ben van plan de vervolg en de continuïteit van deze initiatieven ten volle te verzekeren, en dit met een aanpak die toelaat ze aan te passen en te versterken. Er kunnen aanpassingen aangebracht worden als een objectieve evaluatie aantoont dat ze gegrond zijn. Ik denk bijvoorbeeld heel concreet aan het systeem van referentiebedragen in de ziekenhuizen of aan de hervorming van de controlemodaliteiten van DGEC, ingevoerd met de wet op de reponsabilisering van december 2002.

Het is nodig te denken over de aanpassingen die eraan kunnen worden toegevoegd om de toepassing te versnellen en de efficiëntie van die bepalingen te verhogen.

1.1. Versterking van het systeem van referentiebedragen in de ziekenhuizen :

Voor de 16 gangbare chirurgische verstrekkingen waarvoor een vergelijking is gemaakt van een gemiddelde hospitalisatie kost per ziekenhuisverblijf per instelling, en waarvoor een financiële sanctie geldt in het geval van overschrijding van het gemiddelde met meer dan 21%, lijkt het me dringend dat er, nog afgezien van de lopende evaluatie, nagedacht wordt om het toegelaten verschil ten opzichte van het gemiddelde te verminderen en het aantal interventies dat in het systeem is opgenomen te verhogen zonder dat daarbij de impact van het maatschappelijk profiel van de behandelde patiënten uit het oog mag worden verloren.

Anderzijds willen we het systeem van reponsabilisering uitbreiden naar andere verstrekkingen in het ziekenhuis.

De multipartite overlegstructuur wordt geraadpleegd over die twee voorstellen zoals voorzien in de wetgeving.

In dezelfde gedachtegang zal ik op korte termijn de resultaten gebruiken van de studie van het intermutualistisch agentschap over de heterogeniteit van preoperatieve onderzoeken om

- 1) De medische referenties, die wetenschappelijk erkend zijn in de materie, te verspreiden naar alle ziekenhuizen en voorschrijvende huisartsen in ons land ;
- 2) Een controlemechanisme uit te werken voor de ziekenhuispraktijken in België hierover, in toepassing van de medische referenties en de aanbevelingen van goede medische praktijk;
- 3) Sanctiëring te voorzien op basis van de mechanismen voorzien in het systeem van referentiebedragen en de wet op de individuele responsabilisering, voor de ziekenhuizen en zorgverstrekkers waarvan de praktijk sterk afwijkt van de medische normen die wetenschappelijk onderkend zijn.

Alle Belgische ziekenhuizen moeten vergelijkbare praktijken aannemen.

In afwachting van die eventuele aanpassingen blijft het systeem zoals ingevoerd in 2002 volledig toegepast. In dat systeem worden de recuperatiebedragen berekend op basis van de MKG en MFG. De gegevens over de eerste referentieperiode (die eindigde op 31/12/2003) zullen ten vroegste beschikbaar zijn eind 2005. Dat lijkt me te lang. Het is onontbeerlijk op korte termijn te beschikken over presterende databanken (MKG, MFG en de gekoppelde gegevens van de technische cel, Farmanet,...). In overleg met de betrokken organisaties (RIZIV, FOD, VI) zullen we onderzoeken hoe het mogelijk is sneller over relevante informatie te beschikken.

1.2. Toepassing van individuele responsabiliseringsprocedures van de zorgverleners :

- Effectieve en volledige opstarting van de hervorming van de rol van DGEC:

Naast de missie van controle van terugbetaalde zorgverstrekingen, heeft DGEC als missie gekregen :

- ❖ informatie te verspreiden naar de zorgverleners over de reglementering in het algemeen, maar ook meer bepaald over de aanbevelingen van goede medische praktijk en de indicatoren van duidelijke overconsumptie ; het gaat hier om een rol voor promotie van de goede praktijk;
- ❖ de zorgverstrekingen te evalueren op basis van indicatoren van afwijking, de functie van monitoring te verzekeren van de verleners die afwijken van de normen van goede praktijk zonder dat te kunnen rechtvaardigen, de onterechte medische praktijken te sanctioneren.

Er kunnen twee etappes onderscheiden worden : de globale evaluatie enerzijds en de individuele monitoring en sancties anderzijds. Ik verwacht van de DGEC voorstellen voor de opstarting van deze principes betreffende bepaalde klassen van geneesmiddelen.

1.3 Pilootstructuur

Een unieke pilootstructuur inzake kwaliteit van de zorg zal opgericht worden. Ze zal de verschillende genomen initiatieven coördineren om de niet wetenschappelijk verantwoorde of menselijk aanvaardbare variabiliteit in de uitoefening van de medische praktijk te verminderen. Deze structuur zal samengesteld zijn door vertegenwoordigers van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en Sociale Zekerheid, het AIM-IMA en het KCE. Ze zal voorgezeten worden door een door de Regering gemachtigd expert. Het doel is niet nog een nieuwe structuur toe te voegen aan de bestaande instellingen. Integendeel, de taak van coördinatie door deze structuur is net de complementariteit van de bestaande organismen ten volle gebruiken om te komen tot een optimaal rendement van de initiatieven die ter ter responsabilisering van de actoren door elkeen zijn uitgewerkt maar op een onvoldoende gecoördineerde wijze op elkaar zijn afgestemd.

1.4. Verhoogde forfaitarisering van de financiering van de gezondheidszorg :

Boven de individuele responsabilisering van de verleners, is er ook dringend nood aan een algemene reflectie binnen de betrokken instanties om concrete voorstellen te vinden die de bedoeling hebben de de forfaitarisering van de financiering van bepaalde sectoren uit te breiden met bijvoorbeeld:

- kinesitherapie in rusthuizen ;
- een deel van de medisch-technische acties die nodig zijn voor de vaststelling van een precieze diagnose bij de patiënt ;
- thuisverpleging voor chronisch zieken;
- bepaalde logopedische verstrekkingen ;

2. De responsabilisering van de verzekeringsinstellingen verzekeren

Een mechanisme van financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen werd in 1993 ingevoerd. Het neemt in rekening het risicoprofiel van de leden van de verzekeringsinstellingen in de verdeling van een deel (30%) van de financiële middelen tussen diezelfde verzekeringsinstellingen, alsook het doorrekenen aan de leden van een deel van de overschrijdingen (25%) van hun begrotingsgedeelte of de recuperatie van een deel van het overschot (25%) in het geval van ondergebruik van hun begrotingsaandeel.

Dit systeem is bedoeld om de ziekenfondsen te stimuleren de uitgaven van hun leden beter te controleren. In het geval van een tekort putten de ziekenfondsen de nodige financiële middelen uit hun speciaal reservefonds en moeten ze, indien nodig, aan hun leden vragen bijkomende bijdragen te betalen om het niveau van dat fonds te bewaren. Omgekeerd voeden eventuele overschotten het speciaal reservefonds.

Dit systeem houdt evenwel een mechanisme in dat de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen beduidend beperkt. In het geval van een overschrijding van de begrotingsdoelstelling met meer dan 2% is het te dragen tekort door de verzekeringsinstellingen geplafonneerd op 2% van hun begrotingsdeel.

Er wordt voorgesteld de limiet van 2% af te schaffen. Dat betekent dat de leden in de toekomst een groter deel van de overschrijdingen zullen moeten dragen. Het voordeel van die maatregel is dat ze de last verdeelt tussen alle sociale verzekerden, in plaats van ze enkel te laten rusten op zieken.

Ze moet niettemin gepaard gaan met een ter beschikking stellen van instrumenten die aan de verzekeringsinstellingen toelaten een actievere rol te spelen in het beheer van de middelen. Dit punt zal het onderwerp zijn van een overleg met de verzekeringsinstellingen.

3. De responsabilisering van de patiënten versterken

De efficiëntie van het systeem heeft ook een verhoogde responsabilisering van de patiënten nodig en dit met de bedoeling hen aan te zetten tot het volgen van preferentiële zorgtrajecten waarbij de huisarts een centrale rol speelt.

Ik stel vanaf nu de invoering voor van een modulering van de remgelden voor de consultatie bij bepaalde specialisten, naar gelang de patiënt het meest gepaste zorgtraject respecteert of niet.

Het is ook belangrijk toe te zien op de ontwikkeling van een verhoogde preventie en sensibilisering van de patiënten ten aanzien van de economische en gezondheidsinzet en de evolutie van ons systeem van gezondheidszorg.

4. Opvolging van de uitgaven van de verplichte zorgverzekering

Er zijn maatregelen getroffen om een betere opvolging van de uitgaven te verzekeren : zo zal een audit gebeuren over de mechanismen inzake de opstelling van de begroting, het beheer van de uitgaven en de evaluatie van de genomen maatregelen inzake de verplichte zorgverzekering. De Regering vraagt aan de Rekenhof om dit onderzoek te voeren waarvan de resultaten zullen worden meegedeeld aan het Parlement. In dit kader zal de situatie in onze buurlanden ook bekeken worden. Er zal aan de controledienst van de ziekteverzekeringen gevraagd worden de kwaliteit van de toegepaste controleprocedures van de verzekeringsinstellingen te evalueren. Tijdens die twee onderzoeken zal er ook aandacht geschonken worden aan de voorstellen ter verbetering van de controle en de rechtvaardiging van het efficiënte gebruik van de betrokken financiële middelen.

5 Kwalitatieve herziening van de nomenclatuur van het RIZIV voor de terugbetaalbare zorgverstrekkingen

5.1. Grotere coherentie in het toelatingsbeleid tot terugbetaling van medisch materiaal:

- a) Een technische commissie oprichten voor bandagisterie en logopedie.
- b) Zich inspireren met het « *Global Medical Device Nomenclature* » dat op het niveau van de Europese Unie gebruikt wordt.

- c) de *health technology assessment* ontwikkelen vanuit het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

5.2. Nomenclatuur van de kinesitherapie :

Herziening van de nomenclatuur van de kinesitherapie op basis van het werk van een ad hoc werkgroep van de TCK.

5.3. Nomenclatuur van de logopedie :

De nomenclatuur van de logopedie doen evolueren en de mogelijkheid onderzoeken om het concept van forfait in te voeren. De volgende thema's zullen worden aangesneden: risicopreventie – spraakstoornis – stotteren – de notie van zware ziekte voorzien – verantwoording van de beperkingen van behandelingen tot 2 jaar.

5.4 Nomenclatuur van de medische verstrekkingen :

De nomenclatuur van de medische verstrekkingen opnieuw in evenwicht brengen om een evenwichtige betaling te voorzien voor intellectuele acties ten overstaan van medisch-technische prestaties. Daartoe zal een kleine groep van experts de mogelijkheid inschatten om de methodologie van Frankrijk over te plaatsen op België voor een vergelijkbare hervorming.

5.5 Nomenclatuur van de thuisverpleging :

De hele sector thuisverpleegkunde heeft nood aan een grondige analyse en vervolgens een actualisering met de bedoeling niet alleen te beantwoorden aan de evoluties van de verpleegkunde maar ook om de uitdagingen van de te verwachten evoluties (vergrijzing en complexer worden, intensifiëren van de zorg) voor de behoeften in gezondheidszorg te voorzien. Het doel in deze sector is de toekenning van middelen te herzien. In feite thuis zullen de patiënten met meer zijn, met complexere en zwaardere problemen, met multi-pathologiën en ze zullen meer geïsoleerd zijn.

6 Wettelijke, reglementaire en administratieve vereenvoudiging van het systeem van gezondheidszorg

6.1. Wettelijke en reglementaire vereenvoudiging:

De zorgverstrekkers, zorginstellingen, patiënten en verzekeringsinstellingen stellen regelmatig de wetgeving en de reglementering aan de kaak. Terecht of ten onrechte.

Het beheerscontract van het RIZIV voorziet inspanningen van deze sociale parastatale hieromtrent. Ze moeten voortgezet en uitgebreid worden in de toekomst en dit in overleg met de actoren van het terrein van de Minister van Sociale Zaken.

6.2. Administratieve vereenvoudiging :

In het kader van de gezondheidsdialogen hebben alle werkgroepen de problemen van administratieve complexiteit in het beheer van het systeem van gezondheidszorg voorop gesteld. Elke commissie van akkoord en overeenkomst tussen verzekeringsinstellingen – zorgverstrekkers of elke andere instantie van het RIZIV en de verschillende commissies en raden binnen de FOD Volksgezondheid (NRZV, NRV,...) worden uitgenodigd om concreet hun voorstellen tot vereenvoudiging te preciseren.

Op basis van de ontvangen voorstellen zal de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, in overleg met zijn Administratie een kalender optekenen voor het opstarten van alle relevante voorstellen die hem worden bezorgd.

6.3. Concretisering van het project Be-Health :

Be-health is een gemeenschappelijk informaticaplatform dat aan de operatoren, actoren en gebruikers van de gezondheidszorg toelaat op gelijke en beveiligde manier toegang te hebben tot de verschillende diensten en tot de beschikbare informatie.

Be-Health zal een hele reeks basis en infrastructuurdiensten leveren (toegang, identificatie, authenticatie, autorisatie, geldige authentieke bronnen) om een selectieve en beveiligde toegang toe te laten tot de diensten van de partners (Caret, KSZ, gedeeld patiëntendossier, indicatoren, aanbevelingen van goede praktijk, inzameling van gegevens en feedback, kadaster van de gezondheidsberoepen, bibliotheken, registers, donorbanken, banken voor aanvraag van euthanasie, administratieve vereenvoudiging,...).

Be-health zal een actieve en vereenvoudigende rol spelen in de informatieverbreiding en in de uitwisseling van gegevens tussen de operatoren, actoren en gebruikers van de zorg.

