

# MEMORANDUM



Naar aanleiding van de federale parlementsverkiezingen  
van 13 juni 2010

## Voorwoord

Onze gezondheidszorg is kwaliteitsvol, voor iedereen toegankelijk en relatief betaalbaar. Deze goede resultaten zijn geen toeval. Ze zijn het resultaat van het gelijktijdig en evenwichtig streven naar een solidaire financiering en voldoende financiële middelen, de inzet van de sociale partners en de ziekenfondsen die het algemeen belang verdedigen, en van kwaliteitsvolle zorgverstrekkers-partners.

Maar dat toonbeeld van solidariteit staat onder druk. CM wil een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg in stand houden en zelfs versterken in tijden van crisis, door het af te stemmen op de vergrijzing, nieuwe medische technieken en geneesmiddelen en behoeften van de bevolking.

Uit diverse studies blijkt bovendien dat de gezondheidsongelijkheden binnen de Belgische bevolking groot zijn en nog toenemen. Wij zijn dan ook voorstander van een globale gezondheidspolitiek die alle determinanten van onze gezondheid omvat. Er zullen maatregelen nodig zijn in een hele reeks domeinen die gelinkt zijn met een slechtere gezondheidstoestand : huisvesting, arbeid, onderwijs, maatschappij-opbouw en participatie,... Enkel zo kunnen we de bestaande gezondheidsongelijkheden verkleinen.

Solidariteit, rechtvaardigheid, kwaliteit en algemene toegankelijkheid blijven de basisprincipes waaraan niet mag worden geraakt.

*Jean Hermesse,  
Algemeen Secretaris LCM*

*Marc Justaert,  
Voorzitter LCM*

## **Niet raken aan solidariteit, kwaliteit en toegankelijkheid !**

De 5 kernpunten van dit memorandum zijn :

1. De verplichte ziekteverzekering : onze hoeksteen
2. Financiële toegankelijkheid garanderen van de gezondheidszorg
3. Verbetering situatie bij arbeidsongeschiktheid
4. Performante organisatie van het gezondheidsbeleid
5. Sterke rol van de ziekenfondsen

# 1. De verplichte ziekteverzekering : onze hoeksteen

## **a) stabiele, toereikende en solidaire financiering**

Een stabiele, toereikende en solidaire financiering blijft voor de CM prioritair.

Een voldoende jaarlijkse groeïnorm voor het budget van de ziekteverzekering maakte het mogelijk nieuwe behoeften te dekken, de uitholling van de verplichte ziekteverzekering te vermijden en het financiële evenwicht van het systeem te verzekeren.

Een eventuele wijziging van deze groeïnorm mag niet worden afgewenteld op de patiënt. Verhogen van remgeld, niet langer terugbetalen of privatiseren van sommige ziektekosten zijn geen uitingen van goed beheer, maar eerder gemakkelijksoplossing op de kap van de patiënt. Voor ons is het uitgesloten dat men 'de patiënt de crisis laat betalen' !

CM engageert zich immers voor de gezondheid en het welzijn van alle mensen : ziek of gezond, oud of jong, arm of rijk. Initiatieven gebaseerd op solidariteit zijn de beste garantie om deze doelstelling voor iedereen waar te maken.

*De CM eist het behoud van een toereikende groeïnorm om iedereen de toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen. De huidige reële stijging mag niet worden afgezwakt ten koste van de patiënten. Voor de CM is evenwel een goed beheer van het budget van de ziekteverzekering noodzakelijk en dienen onnodige en overbodige uitgaven geweerd te worden.*

## **b) Streven naar doelmatige zorg**

We moeten onze beperkte middelen besteden aan initiatieven die het meeste gezondheidswinst opleveren.

*De CM eist dat de solidaire ziekteverzekering betaalbaar en toegankelijk blijft voor alle verzekerden, wat kan bereikt worden door het maken van doelmatige keuzes, zodat innovaties en evidence based medicine-zorg gedekt kunnen worden. Een moderne nomenclatuur moet dit ondersteunen. Ook delegatie van bepaalde zorgtaken aan voldoende gekwalificeerd personeel moet mogelijk zijn.*

## **2. Financiële toegankelijkheid garanderen van de gezondheidszorg**

### **a) Betere bescherming van personen in precare situaties**

Zowat 27 procent van de totale gezondheidsuitgaven is voor rekening van de patiënten. Gezondheidsproblemen en dus ook de zorg en haar terugbetaling blijken geconcentreerd in een relatief klein deel van de bevolking. Deze groep wordt dan ook het meest geconfronteerd met remgeld en supplementen. Om mensen in precare situaties financieel te beschermen, zijn in de ziekteverzekering diverse maatregelen genomen.

*De CM vindt dat moet worden gestreefd naar zoveel mogelijk automatische en billijke toekenningen van de verhoogde tegemoetkoming/OMNIO. Bovendien moet het gebruik van de sociaal betalende derde een recht worden in hoofde van de patiënt die tot de voorziene sociale categorieën behoort en uitgebreid worden tot alle prestaties van zorgverstrekkers in de eerste lijn.*

*De CM vraagt dat alle zorgafhankelijke personen recht zouden hebben op een tussenkomst voor niet-medische kosten.*

*Palliatieve zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn en mag niet beperkt blijven tot terminale zorg. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn financiering van palliatieve thuiszorg (oa de thuiszorgequipes) en vorming van alle betrokkenen.*

### **b) Betere toegang tot geneesmiddelen**

*De CM eist de onmiddellijke opstart van een volledige en verplichte registratie van alle voorgeschreven en afgeleverde niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Deze registratie moet gevolgd worden door een analyse die aanleiding geeft tot een onderzoek naar eventuele terugbetaling en waar nodig de integratie van het resterend remgeld in de MAF of naar alternatieve wijzen van vergoeding.*

### **c) Meer tariefzekerheid in ziekenhuizen en voor ambulante zorgen**

Tariefzekerheid in een kamer voor twee personen of een gemeenschappelijke kamer is voor de CM een prioriteit. Jaar na jaar worden verbeteringen in de terugbetaling, beperkingen van supplementen en meer transparantie voorgesteld. Deze concrete voorstellen beginnen uiteindelijk vruchten af te werpen. Vandaag, op basis van CM-gegevens 2009, kan de CM bevestigen dat de ziekenhuisfactuur onder controle is voor de patiënt die in een kamer voor twee personen of een gemeenschappelijke kamer verblijft. In slechts een tiental ziekenhuizen worden nog problematische praktijken op het vlak van de ereloon-supplementen vastgesteld. Deze positieve evolutie in een kamer voor twee personen of een gemeenschappelijke kamer wordt echter jammer genoeg overschaduwed door de evolutie van de supplementen in een individuele kamer.

Daarnaast zijn de kosten voor ambulante behandelingen ten laste van sommige patiënten niet onaanzienlijk. Het is van het grootste belang dat elke patiënt tijdig en voortdurend over nauwkeurige, duidelijke en begrijpelijke informatie beschikt in verband met de kosten van de zorgverlening, ongeacht de aard ervan.

*De CM eist een betere financiering van de ziekenhuizen die tariefzekerheid waarborgen in kamers voor twee personen en gemeenschappelijke kamers en een correcte financiering van implantaten en medisch materiaal. Het aanrekenen van deze prestaties aan de patiënt moet strikt worden beperkt.*

*De CM eist de invoering van een wettelijk plafond beperkt tot 100% op de honorariumsupplementen in individuele kamers ofwel financiële incentives om tot hetzelfde resultaat te komen.*

*De CM eist daarnaast ook een verplichting voor de ambulante sector om de tarieven duidelijk en nauwkeurig en op een voldoende zichtbare plaats bekend te maken, en het verschil van deze tarieven ten opzichte van de geconventioneerde tarieven aan te geven.*

### 3. Verbetering situatie bij arbeidsongeschiktheid

De financiële situatie van langdurig arbeidsongeschikten is verre van schitterend. De algemene vaststelling is dat de invaliditeitsuitkeringen niet in gelijke mate met de lonen evolueerden. De inkomsten ingeval van invaliditeit werden progressief uitgehold en vertegenwoordigen vandaag nog maar 32 % van het gemiddeld loon tegenover nog 44 % in 1980. Deze kloof is nog groter voor personen die de minimumuitkering krijgen, in het bijzonder bij gezinshoofden. Naast de dagelijkse uitgaven hebben zij gezondheidsuitgaven die uiteraard zwaar doorwegen in het budget, zeker bij invaliden met één of meerdere personen ten laste. Een verbetering van de financiële situatie van de invaliden is dus een prioriteit !

*De CM eist een verhoging van de minimumuitkeringen bij arbeidsongeschiktheid en invaliditeit tot het niveau van het bestaansminimum en de jaarlijkse welvaartskoppeling van de invaliditeitsuitkeringen. In dat kader stellen wij voor : een verhoging van de minimumuitkering voor invalide gezinshoofden zodat de armoedegrens wordt bereikt, een volwaardig vakantiegeld voor alle invaliden, een verhoging van de extra kinderbijslag voor invaliden tot 100 euro per kind per maand en het toekennen van minstens een uitkering als gezinshoofd indien de 2 partners in invaliditeit verkeren.*

*De CM vraagt ook de garantie dat werk gemaakt wordt van een socioprofessionele reïntegratie van arbeidsongeschikte en invalide personen. Ondanks hun gezondheidstoestand beschikken zij dikwijls over voldoende mogelijkheden tot integratie, vooral als ze toegang krijgen tot heroriëntering, opleiding en omkadering bij hun reïntegratie in de arbeidsmarkt. Bijkomend aandachtspunt hierbij is dat zij hiervoor niet financieel gepenaliseerd worden.*

## **4. Performante organisatie van het gezondheidsbeleid**

### **a) Geen privatisering**

De commerciële sector toont steeds meer belangstelling voor de gezondheidszorg. Hun bedoeling is dikwijls een zo groot mogelijke winst te realiseren. Wegens gebrek aan overheidsmiddelen gaan stemmen op om meer samen te werken met de private sector en zo nieuwe financieringsbronnen aan te boren. Deze evolutie houdt grote gevaren in.

*De CM eist dat alle aanbieders van gezondheidszorg aan strikte voorwaarden beantwoorden (o.a. kwaliteitsnormen, informatie aan gebruikers, beperking van winstoogmerk). Commerciële actoren in de gezondheidszorg moeten worden onderworpen aan regels van algemeen belang (o.a. op het vlak van financieel beheer, aanwending van winsten, verbod of beperking van risicoselectie, prijspolitiek).*

*Reclame en verdoken reclame voor voorschrijfplichtige geneesmiddelen gericht op het brede publiek door de farmaceutische industrie moet verboden blijven en beter opgevolgd worden.*

*De CM eist initiatieven opdat de praktijk van privé-klinieken buiten het ziekenhuis, waar geneesheren een lucratieve praktijk uitoefenen en niet meer geneigd zijn om deel uit te maken van het ziekenhuiscorps, zou worden ingeperkt.*

### **b) Belang van de eerstelijnszorg**

Het aantal globaal medisch dossiers (GMD) blijft opvallend stijgen, met meer dan zeven procent op vijf jaar tijd. Op 1 januari 2011 hadden 2,9 miljoen CM-leden een GMD. Dat is 66 procent van alle leden.

CM blijft het GMD promoten. Het GMD versterkt immers de rol van de huisarts als centrale coördinator en het moedigt de mensen aan om een vaste huisarts te kiezen. Eerst naar de huisarts en dan naar de specialist; met een goed bijgehouden GMD is dat de juiste volgorde.

De geïntegreerde organisatie van de wacht- en spoeddiensten ligt al geruime tijd ter discussie binnen de medico-mut. Tot hiertoe heeft dit nog niet geleid tot een globaal en gecoördineerde zienswijze.

*De CM eist dat de relevante informatie uit het GMD in de toekomst beschikbaar zou moeten zijn voor andere zorgverstrekkers die de patient behandelen. Bovendien dient er werk te worden gemaakt van het elektronisch medisch dossier, dat het registreren en uitwisselen van gegevens sterk zal bevorderen.*

*De CM eist een betere samenwerking en coördinatie tussen de eerstelijns en de tweedelijns wat betreft wacht- en spoeddiensten.*

### **c) Herdefiniëring van de plaats en de financiering van het ziekenhuis**

In de ziekenhuisomgeving, zowel in België als elders, worden de jongste jaren volgende trends vastgesteld : kortere verblijfsduur, substitutie van klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie en vermindering van het aantal gerechtvaardigde bedden en dus van het vereiste aanbod aan acute bedden.

Op middellange termijn zullen deze trends een impact hebben op de evolutie van het aantal revalidatiebedden, op de toename van het aantal dure, complexe ambulante behandelingen vanuit het ziekenhuis en op de ontwikkeling van gespecialiseerde ziekenhuizen. Een klassiek acut ziekenhuisverblijf is niet meer de enige plaats voor zorgverstrekking. Aanpassingen zijn dus nodig om deze evoluties te integreren in een interessant, modern concept voor zowel de patiënten als het verzorgend personeel en de verplichte ziekteverzekering. Aanbod en behoefte moeten beter op elkaar afgestemd worden. Extramurale zorgen moeten wel steeds in samenspraak met de ziekenhuizen georganiseerd worden om sluipende privatisering tegen te gaan. Daarnaast stellen we ook vast dat het huidige financieringsmodel van de ziekenhuizen aanleiding geeft tot een steeds hoger activiteitsniveau met steeds meer opnames en verstrekkingen, Er ontstaat een wedren naar constante groei opdat men een zelfde of hoger budget van financiële middelen zou kunnen genieten.

#### *De CM eist dan ook :*

- *Conversie van de acute diensten naar revalidatie- en hersteldiensten ; dit zal een betere opvolging mogelijk maken dankzij een betere aangepaste zorg, minder heropnames en meer nabije zorg;*
- *Een betere dekking van de kosten die de patiënt buiten het ziekenhuis zelf moet betalen.*
- *Een aanpassing van het huidige financieringsmodel van de ziekenhuizen om overconsumptie tegen te gaan, te zorgen voor een goede afstemming tussen behoefte en aanbod en een performante ontwikkeling van extramurale zorg mogelijk te maken in het belang van de patiënt.*

#### **d) Kwaliteitsbeoordeling**

De CM analyseerde verschillende zorgprocessen, zoals recent nog de ziekenhuisverblijven voor totale heupprothese. De variabiliteit van de praktijken en resultaten van de zorg is telkens indrukwekkend.

De CM werkt actief mee aan de promotie van de Contracten 'Kwaliteit en patiëntveiligheid' die de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu invoerde.

De CM speelde een pioniersrol bij de ontwikkeling van systemen voor ziekenhuisaccreditering en blijft initiatieven in die richting ondersteunen.

#### *De CM eist dan ook :*

- *Dat variaties in de praktijken en resultaten van de zorg in samenwerking met de betrokken instellingen en zorgverleners worden aangepakt om zo tot transparante gegevens te komen die niet tot zuiver commerciële ontsporingen leiden;*
- *Om de middelen die de FOD Volksgezondheid aan kwaliteit en Veiligheid besteedt, te verhogen en deze met alle partners van de sector te beheren;*
- *Een accrediteringssysteem voor de verzorgingsinstellingen met efficiënte incentives voor proactieve deelname aan dit systeem;*
- *Dat de voorgestelde initiatieven beantwoorden aan doelstellingen die steunen op een kwalitatieve zorg voor de patiënt, gebaseerd op wetenschappelijk bewezen gegevens (Evidence- Based Medicine) of algemeen aanvaarde gegevens (onder meer betreffende aanvullende medische onderzoeken, geneesmiddelenverbruik in de rustoordsector, enz.).*

### **e) Afstemming van het zorgaanbod op vergrijzing**

De voorbije decennia is de structuur van de Belgische bevolking grondig veranderd. Door de stijgende levensverwachting en het dalend geboortecijfer, is het aandeel van de ouderen toegenomen. Dit had een duidelijke impact op de uitgaven voor gezondheidszorg. De komende jaren zal deze vergrijzingsgolf zich versneld verder zetten. Hierdoor zal ook de vraag naar langdurige zorg verder blijven toenemen.

*CM eist voldoende middelen voor een toereikend, gedifferentieerd, betaalbaar en kwaliteitsvol zorgaanbod voor ouderen, met ruimte voor de consolidatie van waardevolle en effectieve vernieuwende projecten. Er moet prioritaire aandacht gaan naar thuiszorgondersteunende initiatieven met nadruk op samenwerking en overleg tussen zorgactoren, zorg voor dementerenden en palliatieve zorg.*

*Ze eist een verbetering van de inkomenspositie van zorgbehoevende ouderen.*

### **f) Geestelijke gezondheidszorg**

Talrijke onderzoeken illustreren het toenemend belang van psychische problemen in onze samenleving, niet alleen bij volwassenen, maar ook bij kinderen, jongeren en ouderen. Zo blijkt uit een Europese studie dat ruim 25 % van de Belgen gedurende zijn leven ooit met een psychisch probleem te maken zal krijgen. Ongeveer 14 % van de bevolking wordt ooit geconfronteerd met een depressie. Verder hebben 3 Belgen op 10 een verhoogd risico op stress, wat op zijn beurt kan leiden tot burnout. Binnen Europa kent België veruit het hoogste zelfdodingscijfer.

Psychische problemen hebben een ernstige negatieve impact op verschillende domeinen van het dagelijks leven. Zo zijn psychische stoornissen nu al de voornaamste oorzaak van invaliditeit.

*CM eist de versterking van het zorgaanbod door de concrete realisatie van zorgcircuits en –netwerken met prioritaire aandacht voor zorg in de thuisomgeving aan personen met psychische problemen, niet alleen door gespecialiseerde teams, maar ook door andere zorgverleners. Belangrijke onderdelen van deze zorgcircuits en netwerken zijn de uitbouw van crisis- en spoedopvang, samenwerking en cliëntoverleg tussen gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde zorgactoren en integratiebevorderende initiatieven.*

*De CM eist een terugbetaling van de psychotherapie samen met een betere bescherming van de titel van psychotherapeut.*

### **g) Meer transparantie in geneesmiddelenbeleid**

In 2010 besteedde de ziekteverzekering meer dan 4,1 miljard euro aan de terugbetaling van geneesmiddelen. Door de snelle technologische evolutie zal men de financiële middelen moeten voorbehouden voor doeltreffende geneesmiddelen tegen een billijke prijs. Daarnaast is het erg belangrijk dat de voorschrijver ook verantwoordelijkheid draagt over zijn voorschrijfgedrag.

*De CM eist een transparante prijszetting van de geneesmiddelen. Er is dringend een wetenschappelijke studie nodig om het te vergoeden geneesmiddelenpakket te bepalen in functie van de reële behoeften.*

*Algemeen vraagt de CM, een betere sturing van het aanbod zodat geneesmiddelenconsumptie rationeler verloopt en overconsumptie kan worden aangepakt. De voorschrijver moet verantwoordelijkheid gemaakt worden voor zijn voorschrijfgedrag en onnodig of overbodig voorschrijven moet worden beteugeld.*

### **h) Pro-actieve aanpak voor tandzorg**

11 % van de bevolking ouder dan 15 jaar heeft geen eigen gebit meer, 35 % daarvan draagt een prothese. De mensen lijken steeds minder snel naar de tandarts te gaan en dit zowel voor preventieve als curatieve zorg.

In het kader van preventie, is de gratis tandzorg voor min 18-jarigen een significante sociale vooruitgang. Desalniettemin is er een socio-economische differentiatie. Ondanks de gratis preventieve zorg, ligt de kans dat jongeren uit minder begoede milieus geen bezoek brengen aan de tandarts aanzienlijk hoger.

We stellen ook vast dat orthodontische zorgen financieel moeilijk toegankelijk zijn. Een studie van het KCE (2008) heeft aangetoond dat de gemiddelde kost ten laste van de patiënt bij orthodontie na RIZIV-tussenkost en tussenkost van de aanvullende verzekering 1.000 euro bedraagt.

*De CM eist de verderzetting van de promotie van tandpreventie vanaf jonge leeftijd. Dit door het opzetten van preventiecampagnes (op school, op TV, ...) of het stimuleren van tandenpoetsen, en door aandacht te geven aan voeding en de preventieve consultatie. Een bijzondere aandacht dient uit te gaan naar kinderen en jongeren uit minder begoede huishoudens, zeker daar waar sociale ongelijkheden een invloed hebben op de consumptie van preventieve tandzorg (ondanks de gratis tandzorg voor min 18-jarigen).*

*De CM eist een betere terugbetaling van orthodontiebehandelingen bij tandartsen-orthodontisten die de conventietarieven toepassen en dit voor ernstigere gevallen.*

## **i) Een sociaal Europa**

De Europese Unie begint meer en meer impact te krijgen op de gezondheidszorg van de lidstaten. Arresten van het Europees Hof voor Justitie doen bovendien de grenzen in de gezondheidszorg steeds meer vervagen. Deze evolutie biedt voordelen maar zet ook aan tot waakzaamheid.

*De grotere patiëntenmobiliteit in Europa geeft de CM de kans de mutualiteitswaarden uit te dragen in haar contacten met Europese partners. Daarbij mag meer patiëntenmobiliteit niet leiden tot een duale situatie, met hoogstaande gezondheidszorg voor rijke buitenlanders en een basiszorg voor de Belgische bevolking. De Europese Unie moet gezondheidszorg beschouwen als een 'dienst van algemeen belang'. Zo kan een aanpassing van de concurrentiereglementering worden afgedwongen en kunnen Europese normen tot stand komen om het financiële evenwicht, de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te vrijwaren, met respect voor de verscheidenheid in de lidstaten.*

## **5. Sterke rol van de ziekenfondsen**

### **a) Erkenning taak van algemeen belang**

Een op solidariteit gesteunde verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering is een model dat de hele wereld ons benijdt. Deze opdracht van algemeen belang mag niet worden overgeheveld naar private ondernemingen maar moet het exclusieve terrein blijven van ziekenfondsen die zonder winst oogmerk werken. Winst oogmerk in de verplichte ziekteverzekering houdt het risico in van risicoselectie en het doorschuiven van de factuur naar de patiënt.

*De CM eist dat in de Belgische wetgeving wordt ingeschreven dat de activiteiten van de ziekenfondsen in uitvoering van de ziekenfondswet, opdrachten zijn van algemeen belang. Deze wettelijke basis moet de (Europese) garantie bieden dat ziekenfondsen hun taak kunnen blijven vervullen en uitbreiden.*

### **b) Stimulansen voor controles**

Sinds 1995 zijn de ziekenfondsen gedeeltelijk financieel verantwoordelijk voor de resultaten van de jaarrekeningen. Ze moeten controleren of de regels van de ziekteverzekering worden nageleefd. Maar wanneer dat niet het geval is, zijn hun actiemiddelen heel beperkt.

*De CM eist dat de overheid ziekenfondsen die de verplichte ziekteverzekering als een goede huisvader beheren, positief beloont. Het systeem van financiële verantwoordelijkheid moet worden gekoppeld aan betere beheersinstrumenten voor de ziekenfondsen.*

### **c) Het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand**

Naast het uitvoeren van de verplichte ziekteverzekering en het organiseren van aanvullende voordelen en diensten, hebben de ziekenfondsen als derde (wettelijke) basisopdracht om hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid te verlenen. De ziekenfondsen moeten deze basisopdracht naar behoren kunnen uitvoeren. Zo moet CM een belangrijk aanspreekpunt worden voor zijn leden ivm informatie over de prijs en de kwaliteit van zorg. De CM moet een grotere rol spelen in de coördinatie van de zorgverstrekking en het organiseren van een globale strategie tov welbepaalde pathologieën. De CM kan tevens een 'unieke loketfunctie' op zich nemen voor alle formaliteiten rond ziekte- en gezondheid.

*De CM eist dat de overheid meer het belang zou inzien van deze opdracht, en onze inzet ook naar waarde zou beoordelen. Hiervoor moeten meer middelen ter beschikking worden gesteld.*