

Symposium ICURO: ‘Ziekenfonds: een veranderende rol in een veranderende gezondheidszorgwereld’

1 Wat is de taak van de ziekenfondsen binnen de ziekteverzekering?

Wanneer we het over ziekenfondsen hebben, denken sommigen onder u spontaan aan ‘dat kantoor daar op de hoek’, aan een zoveelste bureaucratische verplichting voor jongeren om zich in te schrijven als ze de schooldeuren achter zich dichtgetrokken hebben. Of aan de instelling waar je met je doktersbriefjes naartoe moet of die je uitkering betaalt wanneer je ziek bent. Sommigen weten ook dat je er terecht kan voor diensten en materialen en voor advies.

De eerste ziekenfondsen of ‘maatschappijen van onderlinge bijstand’ werden opgericht in de eerste helft van de negentiende eeuw. Sinds 1945 staan zij in voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering en vormen zij de tussenschakel tussen het RIZIV – Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, dus de overheid – en de burger.

1.1 De verplichte ziekteverzekering

Met de wet van 9/8/1963 – die nu nog altijd de basis vormt voor de huidige ziekteverzekering – kregen de ziekenfondsen de taak toebedeeld van **collectieve ledenverdediging**: zij treden op als beschermers van de belangen van de patiënten ¹. Samen met artsen, tandartsen, ziekenhuizen enz. leggen ze de tarieven en de terugbetalingsvoorwaarden vast. Ons Belgisch overlegsysteem is trouwens uniek in de Europese Unie. Het garandeert al bijna een halve eeuw een zo kwalitatief mogelijke verzorging tegen een zo rechtvaardig mogelijke prijs.

In de functie van vertegenwoordigers van de patiënten zijn de ziekenfondsen dan ook nauw betrokken bij de opmaak van het **gezondheidsbeleid** en de implementatie ervan. Dit laatste bestaat uit het vaststellen van de vele toepassingsregels om alles zo vlot mogelijk te laten verlopen.

De meest zichtbare taak van de VI's is een **doorgeefluik van geld** tussen het RIZIV enerzijds en de patiënten en verstrekkers anderzijds. Dat betekent dat de patiënten hun kosten voor verzorging snel terugbetaald krijgen.

De verplichte ziekteverzekering, dus de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vormt verzekeringstechnisch de eerste pijler: ze wordt gefinancierd door sociale bijdragen en algemene middelen en dekt de hele bevolking.

De meeste mensen hebben overigens nauwelijks een idee van de **administratie** die nodig is voor de uitvoering van één van de meest uitgebreide sectoren van onze sociale zekerheid. En administratie betekent niet ‘overbodige papierwinkel’, maar wel zorgen dat mensen op tijd hun medische kosten terugbetaald krijgen. Het betekent ook dat leden die in aanmerking

¹ De wet van 9/8/1963 werd inmiddels vervangen door de gecoördineerde wet van 14/7/1994, zonder dat evenwel geraakt werd aan de basisprincipes.

komen voor een verhoogde terugbetaling die effectief krijgen. Het betekent tenslotte eveneens dat de facturen van de ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers tijdig betaald worden, maar ook dat onterecht aangerekende kosten juist niet worden betaald of eventueel worden teruggevorderd.

Die functie van financiële bewaking is belangrijk omdat de budgetten voor de gezondheidszorg nu eenmaal niet onbeperkt zijn, zeker niet in de huidige crisistijd.

Sinds 1991 zijn de ziekenfondsen in België **gestructureerd volgens twee niveaus**:

- de plaatselijke ziekenfondsen met een heel netwerk van kantoren en vertegenwoordigers en
- de landsbonden die de ziekenfondsen overkoepelen. Momenteel zijn er in België vijf landsbonden: de christelijke, de neutrale, de socialistische, de liberale en de onafhankelijke. Samen tellen ze 55 ziekenfondsen en vertegenwoordigen ze meer dan 98% van de bevolking. Daarnaast bestaan er nog een Hulpkas, georganiseerd door de overheid, en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS.

Iedereen is verplicht om bij een ziekenfonds aan te sluiten, maar men heeft wel vrijheid van keuze.

Ziekenfondsen en landsbonden samen noemen we de verzekeringsinstellingen (VI's).

1.2 Andere taken van de ziekenfondsen

Hoewel de verplichte ziekteverzekering de hoofdtaak is van de ziekenfondsen, bieden zij daarbovenop nog een heel pakket van **aanvullende diensten** aan. Ook dat gebeurt op twee niveaus: sommige aanvullende diensten worden aangeboden door de ziekenfondsen zelf en andere door de landsbonden:

- diensten aangeboden door de ziekenfondsen: bvb. noodoproepsystemen, tussenkomst voor niet-dringend ziekenvervoer, uitleendienst;
- diensten aangeboden door de landsbonden: bvb. bepaalde tandzorgen die niet worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, rust- en herstellverblijven.

De aanvullende diensten worden gefinancierd door een persoonlijke bijdrage van de leden. Omwille van de solidariteit is die bijdrage verplicht voor iedereen die aansluit bij een bepaald ziekenfonds.

Omdat de ziekenfondsen regionaal gestructureerd zijn, houden zij bij de samenstelling van hun pakket rekening met de plaatselijke noden en met de leveranciers van goederen en diensten. Daarom verschilt het pakket, en dus ook de bijdragen, van ziekenfonds tot ziekenfonds, zelfs bij ziekenfondsen die aangesloten zijn bij eenzelfde landsbond.

Tenslotte bieden de ziekenfondsen ook een **facultatieve hospitalisatieverzekering** aan. Die is niet verplicht voor de leden en wordt georganiseerd door een aparte entiteit, nl. de Verzekeringsmaatschappijen van Onderlinge Bijstand (VMOB's).

Specifiek voor Vlaanderen bestaat er ook nog de **Vlaamse Zorgverzekering** die een forfaitaire uitkering van € 130 per maand toekent wanneer men zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt. De aansluiting is verplicht voor alle inwoners van het Vlaanderen en vrij voor de inwoners van het Brusselse Gewest (dus ook voor Frans- en anderstaligen). Die wordt eveneens uitgevoerd door de VI's via de Zorgkassen waarvoor de ziekenfondsen Maatschappijen van Onderlinge Bijstand (MOB's) hebben opgericht.

1.3 Het driepijlersysteem

Schematisch voorgesteld, hebben we dus een **driepijlersysteem**:

- **eerste pijler**: verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VVGvU) en de Vlaamse zorgverzekering: georganiseerd door de VI's, verplicht voor alle inwoners van België (of van Vlaanderen) en volledig gebaseerd op solidariteit;
- **tweede pijler**: aanvullende diensten: aangeboden door de VI's, verplicht voor alle leden aangesloten bij een bepaald ziekenfonds en gebaseerd op solidariteit onder de leden;
- **derde pijler**: facultatieve verzekeringen: aangeboden door de VMOB's, maar ook door de commerciële verzekeringsmaatschappijen. Hier sluit men aan op individuele basis.

De VMOB's streven een zo groot mogelijke solidariteit na, maar moeten wel rekening houden met een aantal Europese regels, zoals het aanleggen van reserves en het feit dat de verzekering zelfbedruipend moet zijn. Daarom wordt er bvb. geen dekking voorzien voor voorafbestaande aandoeningen.

De commerciële verzekeringsmaatschappijen werken niet op basis van solidariteit, maar van risico. Omdat hun oogmerk uiteraard winst maken is, gaan zij aan risicoselectie doen: de 'gunstige' risico's – lees: vooral jonge personen met een goede gezondheid – aantrekken en de 'ongunstige' – lees: vooral ouderen en personen met een handicap – niet verzekeren of alleszins tegen een zeer hoge premie.

Wanneer we streven naar een **zo groot mogelijke solidariteit**, is het uiteraard de bedoeling dat zoveel mogelijk zorgen via de eerste pijler worden gedekt. Om budgettaire redenen is dat helaas niet mogelijk voor alles en moeten er dus vaak keuzes worden gemaakt.

De laatste decennia merken we, zowel in België als in andere EU-landen, een steeds grotere commercialisering van de zorg en u begrijpt dat wij daar als VI's niet gelukkig mee zijn.

2 Recente evoluties binnen de ziekteverzekering

Ik wil nu graag even stilstaan bij enkele recente evoluties binnen de ziekteverzekering, m.n.:

1. de [toegankelijkheid van de zorg](#),
2. de [factoren die de uitgaven omhoog drijven](#),
3. een [andere evoluties binnen de ziekteverzekering](#),
4. de [toename van het aantal niet-verzekerden](#) en tenslotte
5. de [mondiger wordende patiënten](#).

2.1 Het probleem van de toegankelijkheid van de zorg

2.1.1 Welke problemen?

Wanneer we het daarnet over de solidariteit hadden, raken we aan het probleem van de armoede en de toegankelijkheid tot de zorgen.

1. Ons land kent een goed werkend sociaal zekerheidssysteem waardoor niet alleen gezonde mensen, maar ook werklozen, zieken, gepensioneerden, gehandicapten en kansarmen vlot

worden geholpen. Dat is althans de bedoeling, maar helaas zijn er nog heel wat hiaten: de meest recente Gezondheidsenquête uit 2008 toonde aan dat zelfs **in België zo'n 26,3% van de bevolking noodzakelijke zorgen om financiële redenen moest uitstellen.**

2. Het **armoederisico is ongelijk gespreid over de bevolking**: de percentages verschillen zeer sterk met het geslacht (veel meer vrouwen in armoede dan mannen), het opleidingsniveau (hoe lager de opleiding, hoe meer het probleem voorkomt), het gezinstype (vooral éénoudergezinnen), het inkomen en de leeftijd (vooral in de leeftijdscategorie 45-54 jaar).

Het **armoederisico is ook niet gelijk gespreid over de gewesten**: in Brussel leeft 26% van de Brusselse bevolking onder de armoederisicogrens, tegenover 10% in Vlaanderen en 19% in Wallonië.

3. Voor een deel hebben de toegankelijkheidsproblemen te maken met het **hoger worden van de persoonlijke aandelen sinds de jaren '90** (o.a. voor artsenprestaties, de radiologie, de klinische biologie, de hospitalisatiekosten en voor sommige geneesmiddelen). De toekenning van een voorkeursstatuut en van de maximumfactuur die er moeten voor zorgen dat de persoonlijke aandelen niet te hoog oplopen, slaagt er dus niet in om de toegankelijkheid voor iedereen te verzekeren.
4. Het is overigens een illusie om te denken dat die toegankelijkheidsproblemen beperkt zouden blijven tot de personen in kwestie – wat overigens al meer dan erg genoeg zou zijn. **Ze breiden zich als een olievlek uit tot de verstrekkers.**

Uit een recente enquête van Zorgnet Vlaanderen bij 35 Vlaamse algemene ziekenhuizen die samen goed zijn voor 60% van de beddencapaciteit in Vlaanderen, bleek dat heel wat patiënten hun ziekenhuisfactuur geheel of gedeeltelijk niet kunnen betalen. Als gevolg daarvan moesten de ziekenhuizen in 2010 voor bijna € 10,5 miljoen aan niet-betaalde patiëntenfacturen afboeken, wat 2,2% is van de ziekenhuisomzet die rechtstreeks via de patiënten wordt gegenereerd.

Deze cijfers betekenen dus dat de betrokken ziekenhuizen de kosten van opname, behandeling en verzorging die de patiënt in principe uit eigen zak moet betalen zelf ten laste hebben genomen.

Uit een andere statistiek in dezelfde enquête blijkt dat een gemiddeld Vlaams ziekenhuis, uitgedrukt per bed, gemiddeld genomen € 2.800 aan facturen heeft waarvan ze twijfelt of die ooit nog zullen betaald worden.

Ook op dit vlak is het probleem niet voor alle ziekenhuizen even groot is: voor sommige blijft het relatief beperkt is terwijl er heel wat ziekenhuizen zijn waarvan het bedrag per patiënt hoger is dan € 4.000.

Gelukkig blijkt eveneens uit de enquête dat de ziekenhuizen zelf wel degelijk oog hebben voor de problemen van de zwaksten en dat ze in sommige gevallen zelfs de supplementen kwijtschelden.

5. Heel wat mensen, en zelfs niet alleen kansarmen, **lopen verloren in het spinnenweb van de gezondheidszorg en de administratie!** Met de toenemende invloed van Europa zal dat er overigens niet op verbeteren:
 - Buiten onze twaalf Belgische ministers en één staatssecretaris die van dichtbij of van ver bij de gezondheidszorg betrokken zijn, zijn er ook nog eens drie Eurocommissarissen voor bevoegd.

Alle bevoegde Belgische ministers (september 2012):

1. Laurette Onkelinx: Sociale Zaken en Volksgezondheid
2. Sabine Laruelle: KMO's en zelfstandigen
3. Johan Vande Lanotte: Economie en consumenten (voor de prijs van de geneesmiddelen)
4. *Philippe Courard: staatssecretaris (voor de uitkeringen)*
5. Jo Vandeurzen: Vlaanderen: welzijn en gezondheid
6. Pascal Smet: Vlaanderen: onderwijs (voor universitaire ziekenhuizen, opleidingsprogramma's en medisch schooltoezicht)
7. Eliane Tillieux: Région wallonne: gezondheidsbeleid
8. Brigitte Grouwels: Brussels minister voor gezondheidsbeleid – Nederlandstalig
9. Benoît Cerexhe: Brussels minister voor gezondheidsbeleid – Franstalig
10. Christos Doulkeridis: Brussels minister voor dringende medische hulp
11. Jean-Claude Marcourt: Communauté française: hoger onderwijs
12. Fadila Laanan: Communauté française: gezondheidsbeleid (GVO, preventie, verminderen van ongelijkheid van kansen)
13. Harald Mollers: Duitstalige Gemeenschap: gezondheidsbeleid

De drie bevoegde Eurocommissarissen:

1. John Dalli (Malta): gezondheid en consumenten
 2. Lászlo Andor (Hongarije): sociale zaken en inclusie
 3. Michel Barnier (Frankrijk): interne markt en diensten
- De ziekenfondsen zien er overal in de verschillende EU-lidstaten anders uit. In vijf landen zijn ze zelfs helemaal niet aanwezig (Cyprus, Tsjechië, Estland, Litouwen en Slowakije). België is zelfs het enige land waar ze zowel actief zijn in de verplichte als in de aanvullende ziekteverzekering en ze ook volwaardig betrokken zijn bij het beleid.
6. Niet alleen de toegankelijkheid van de medische zorgen, maar ook **de gezondheid zelf** is afhankelijk van **verschillende sociaal-economische determinanten**, zoals onderwijs, toegang tot tewerkstelling, arbeidsvoorwaarden, de huisvesting, het inkomen en de etnische afkomst. Deze factoren hebben inderdaad veel meer invloed op de gezondheid dan allerlei dure medische technieken.
 7. Uiteraard wordt de gezondheid eveneens beïnvloed door de **persoonlijke levensstijl** en daardoor ook: we denken hierbij dan aan het belang dat gehecht wordt aan zaken als hygiëne, gezonde voeding, het vermijden van tabak en alcohol en voldoende lichaamsbeweging. Maar ook hier geldt dat die persoonlijke levensstijl in grote mate beïnvloed wordt door de sociale omgeving waarin men leeft.
 8. Tenslotte kunnen ook **occasionele factoren** iemands leven en daardoor ook zijn gezondheid danig dooreen schudden: jobverlies, echtscheidingen, overlijden van de partner, een kind of een ouder, spanningen op het werk en in het gezin kunnen stuk voor stuk leiden tot depressie en lichamelijke klachten.

2.1.2 Voorstellen van de ziekenfondsen

De oplossing van het armoedeprobleem zelf vergt uiteraard een langdurige, gecoördineerde en multidisciplinaire aanpak die ons werkterrein ver overschrijdt.

Onze rol als VI's bestaat erin om de vinger aan de pols te houden, wat betekent dat we op beleidsmatig niveau meewerken aan oplossingen.

Zo hebben we tijdens de Campagne van Welzijnszorg in 2008, samen met de armoede-organisaties, een aantal voorstellen gedaan voor de gezondheidszorgen.

1. Voor wat de gezondheidszorg betreft, dienen VI's, overheid en gezondheidsverstrekkers samen meer werk te maken van een **vlot toegankelijke eerstelijnszorg**. Uiteraard is het belangrijk dat deze basiswerkers voeling hebben met wat er leeft in de wijken.

Momenteel voorziet de overheid onvoldoende stimuli voor de eerste lijn om die rol tenvolte op te nemen.

Voor wat het werken aan de persoonlijke levensstijl betreft, moeten de ziekenfondsen werken aan **goed gecoördineerde gezondheidspromotionele acties en preventie-campagnes** (GVO) die rekening houden met de doelgroep: een aanzienlijk deel van de doelgroep kan immers niet worden bereikt met voor hen te ingewikkelde geschreven boodschappen.

2. De **verplichte ziekteverzekering moet sterk en solidair** blijven.

Als ziekenfondsen vragen we een blijvend engagement en de nodige financiële middelen om onze verplichte ziekteverzekering gezond te houden. Bovendien vragen wij ook een uitbreiding van de ziekteverzekering, zodat bijvoorbeeld een ziekenhuisopname voor iedereen betaalbaar blijft zonder een bijkomende persoonlijke verzekering af te sluiten.

3. Een **automatisch recht op de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg voor iedereen met een laag beschikbaar inkomen**.

Dokterskosten vormen een hoge drempel voor mensen met een laag inkomen. Patiënten moeten immers eerst het hele bedrag voorschieten bij hun huisarts vooraleer ze iets terugkrijgen.

De derdebetalersregeling is hiervoor de geschikte oplossing omdat patiënten alleen hun remgeld betalen aan de dokter. De invoering van de sociale derdebetalersregeling in 2011 was dan ook al een flinke stap in de goede richting omdat het niet meer van de goedkeuring van de huisarts afhangt om al dan niet op de vraag van de patiënt in te gaan.

4. Een **uitbreiding en automatische toekenning van alle verhoogde tegemoetkomingen in de gezondheidszorg**

De verhoogde tegemoetkomingen, bijvoorbeeld het Omnio-statuuut, zijn van groot belang voor een betaalbare gezondheidszorg voor mensen in armoede. De grote groep rechthebbenden kent al deze statuten onvoldoende of wordt afgeschrikt door de vele administratieve verplichtingen.

Wij pleiten al jaren voor een automatische toekenning voor mensen met een laag beschikbaar inkomen.

We verheugen ons dan ook op de nieuwe gezondheidswet die momenteel in de maak is en die het recht op de derdebetalersregeling toekent aan chronisch zieken (zie bijlage 1).

5. Een **verzekering voor alle niet-medische kosten**

Chronische patiënten hebben doorgaans ook heel wat niet-medische kosten voor zaken als verzorgingsproducten en zalven, verbanden, thuiszorg of huishoudhulp. Vermits de ziekteverzekering hiervoor geen tussenkomst voorziet, kunnen ook deze kosten hoog oplopen, zeker als ze voor een langere periode nodig zijn.

Wij zijn dan ook vragende partij voor een universele verzekering voor niet-medische kosten die verder gaat dan de Vlaamse zorgverzekering, maar zonder al te veel administratie voor de rechthebbenden.

Het zorgforfait, de zorgverzekering, extra forfaits voor bepaalde materialen... vormen een kluwen van regelingen en formulieren. Omdat andermaal vooral de sociaal zwakkeren in de samenleving voor wie de voorzieningen uiteindelijk bedoeld zijn, er hun weg niet in vinden, pleiten wij voor een universele verzekering voor niet-medische kosten die de administratie voor de rechthebbenden beperkt.

6. Hier wil ik wel aan toevoegen dat er momenteel, om het systeem leefbaar te houden, **gewerkt wordt aan meer financiële transparantie in de kostprijs van de gezondheidszorg**. Dit vereist een mentaliteitsomslag, m.n. een responsabilisering van de verstrekkers en de patiënt. Zowel de verstrekkers als de patiënt moeten zich bewust zijn van de kostprijs: niet alleen van het persoonlijk aandeel, maar ook van de reële kosten die de ziekteverzekering betaalt.

Daarom pleiten we voor een identiek gedetailleerd getuigschrift voor verstrekte hulp voor alle zorgverstrekkers.

In het kader van die responsabilisering moeten ook de controlemogelijkheden voor de ziekenfondsen worden uitgebreid.

Momenteel is zulke responsabilisering reeds gerealiseerd voor de opticiens en de audiciens die voortaan duidelijker informatie aan de patiënten moeten geven over de kostprijs en (goedkopere) alternatieve toestellen.

Ze is in uitwerking voor de bandagisten en de orthopedisten waar de offerten en getuigschriften voortaan een onderscheid moeten maken tussen de honoraria en de materiaalkosten: de bedoeling is dat de verzekerde 'bewuster' zou kunnen kiezen tussen alternatieve toestellen.

Meer algemeen zouden de verstrekkers in het kader van de derdebetalersregeling de patiënten een 'factuur' moeten geven waarop in klare taal vermeld staat wat de ziekteverzekering voor hen betaalt en wat ze zelf moeten betalen.

Dit principe is in de loop der jaren overigens reeds verschillende keren gevraagd voor de verpleegkundigen waar de ziekteverzekering geconfronteerd wordt met vele niet-uitgevoerde zorgen en met hoge forfaits. Tot op heden werd het echter nooit gerealiseerd omwille van de extra kosten en de praktische bezwaren opgeworpen door de verpleegkundigen.

Zeker binnen de evolutie naar elektronische facturatie dient dit onderwerp veel zorgvuldiger benaderd te worden.

Het blijft uiteraard niet bij denkwerk, maar van verschillende van deze voorstellen wordt wel degelijk werk gemaakt.

7. Zo heeft de ministerraad in juni het **wetsontwerp goedgekeurd over de verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg**. Vanaf 1/1/2013 zou er een totaal verbod komen op het aanrekenen van ereloontoeslagen in gemeenschappelijke en tweepersoonsskamers. Ook wordt er een wettelijke grondslag gecreëerd voor het statuut

van chronisch zieken, waardoor zij o.m. steeds van de derdebetalersregeling zullen kunnen genieten en dus niet langer hun medische kosten eerst moeten voorschieten.

8. **Goede initiatieven** kunnen ook **op lokaal niveau** worden opgestart. Zo denk ik aan een interessant project van het OCMW van Mechelen om in elke wijk op een openbare plaats een gemeenschappelijke activiteit aan te bieden voor personen met dementie en hun mantelzorgers om beter te leren omgaan met de aandoening; dit initiatief komt bovenop de reeds bestaande praatcafé's Dementie.
9. **Ook van de ziekenhuizen mogen we de nodige inspanningen verwachten.** Uit de in september voorgestelde studie van de gezondheidseconoom Lieven Annemans blijkt dat sommige ziekenhuizen verdienen aan hun fouten! Zo'n 6% van de patiënten verlaten het ziekenhuis met een infectie en moeten dikwijls na enkele dagen of weken opnieuw worden opgenomen.

Er blijken grote kwaliteitsverschillen te bestaan tussen de ziekenhuizen onderling.

Er rust dan ook een belangrijke verantwoordelijkheid voor het ziekenhuismanagement om een omgeving te creëren die effectief een meerwaarde realiseert. Dat betekent ofwel een betere zorg voor eenzelfde kost of eenzelfde niveau van zorg voor een lagere kostprijs.

We steunen dan ook het advies dat ICURO twee jaar geleden heeft opgemaakt voor de minister van Volksgezondheid over de integrale kwaliteitszorg.

2.2 Factoren die de uitgaven omhoog drijven

Voor de geneeskundige verzorging zijn de bijdragen uit de sociale zekerheid onvoldoende om de uitgaven te dekken, zodat ze moeten worden aangevuld met geld uit algemene middelen (de belastingen) en alternatieve inkomstenbronnen (BTW-inkomsten, accijnzen op rookwaren en geestrijke dranken enz.).

Begin jaren negentig is men daarom gestart met een responsabilisering van alle partijen in de gezondheidszorg, ingevoerd door de Wet Moureaux van 15/2/1993. Deze wet is er slechts zeer ten dele in geslaagd om een oplossing te bieden voor de chronische tekorten in de sector.

Eén van de elementen daarin was de verhoging van de persoonlijke aandelen, weliswaar in combinatie met beschermende maatregelen.

In 1970 bedroegen de uitgaven voor de sector gezondheidszorg 4% van het BBP; eind 2009 was dit reeds opgelopen tot 10,9%.

Hoe is het zo ver kunnen komen? Welke factoren zetten de ziekteverzekering onder druk? We overlopen de belangrijkste:

1. de vergrijzing van de bevolking

In 1990 was 14,2% van de Vlaamse bevolking ouder dan 65 jaar, maar in 2010 was dat al opgeklommen tot 18,15% en tegen 2050 verwacht men zelfs 28,2%. Zonder te beweren dat ouderdom automatisch gelijk staat met ziekte, neemt wèl de periode toe waarin men (zware) zorgen nodig heeft.

Volgens de recentste prognoses van het Federaal Planbureau zal in 2060 maar liefst 30,11% van de Belgen 60 jaar of ouder zijn.

Bovendien is er sprake van een '**dubbele vergrijzing**': want niet alleen het aantal 60-plussers neemt toe, maar ook steeds meer ouderen bereiken de leeftijd van 80 jaar of ouder. In 2060 zal bijna één op tien Belgen 80 jaar of ouder zijn. Dit betekent ook dat

steeds meer ouderen een leeftijd bereiken waarop ze afhankelijk worden van de zorg van anderen.

2. de ontgroening

Waar in Vlaanderen in 1990 nog 24,4% van de bevolking jonger dan 19 jaar was, was dat in 2010 al gedaald tot 21,4% en tegen 2050 verwacht men een verdere afname tot 19,5%.

Vermits de kinderen van vandaag de volwassenen van morgen zijn, betekent de ontgroening ook een vermindering van het aantal arbeidskrachten en dus van het aantal bijdragenbetalers.

De jongste jaren stellen we in de steden weliswaar een toename van het aantal geboorten vast. Voorlopig leidt die enkel maar tot bijkomende kosten (kinderbijslagen, gezondheidszorgen en nood aan nieuwe schoolgebouwen), maar sowieso zal het nog vijftien tot twintig jaar duren vooraleer zij op de arbeidsmarkt zullen verschijnen.

Vergrijzing en ontgroening doen zich in heel het land voor, maar in Vlaanderen nog meer uitgesproken dan in het Waalse en het Brusselse Gewest.

3. de werkloosheid

De werkloosheidsgraad in België bedroeg in april 2012 7,4% van de beroepsbevolking of 536.000 mensen zonder baan.

Hoewel dit percentage lager ligt dan de 10,3% voor de hele EU, betekent dit voor de ziekteverzekering in de eerste plaats een vermindering van de bijdragen en, hoe langer de periode van werkloosheid duurt, hoe groter de kans op ziekten en psychische aandoeningen.

Daar staat dan weer tegenover dat onze arbeidsmarkt kampt met steeds meer knelpuntberoepen. Voor de zorgsector zijn dat verpleegkundigen, huisartsen, psychiaters, geriateren en kinderartsen.

4. de vooruitgang in de geneeskunde

Nieuwe technieken en vooral nieuwe geneesmiddelen maken het mogelijk om ziekten die voor enkele decennia nog dodelijk waren, zoals bepaalde kankers en diabetes, te genezen, maar de keerzijde is dat ze leiden tot meer uitgaven en tot een toename van chronisch zieken en zorgafhankelijkheid.

Chronisch zieken die 5 tot 10% van de bevolking uitmaken, staan voor 50 tot 65% van de uitgaven voor gezondheidszorgen.

En uiteraard mogen we de **omvang van de sector** niet vergeten. De gezondheidssector stelde eind 2011 191.660 verstrekkers tewerk die prestaties mogen verstrekken in het kader van de ziekteverzekering. De zorgkundigen, ook goed voor enkele tienduizenden, zijn niet in dit aantal meegeteld.

5. de toename van psychische aandoeningen

Wanneer we praten over de toename aan psychische aandoeningen, denken we spontaan aan 'klassiekers' als depressies, dementie en autisme. De redenen voor deze toename zijn een complex samenspel van verschillende factoren, waarop we nu niet nader zullen ingaan.

Een ander aspect is echter dat door de vooruitgang van de psychologie en de geneeskunde, steeds meer zaken waaraan vroeger achteloos werd voorbij gegaan, nu wél gekarakteriseerd worden als psychische aandoeningen, zoals ADHD.

6. de migratiestromen

Zonder ons aan platte demagogie te willen bezondigen, kunnen de migratiestromen op verschillende manieren tot meer uitgaven leiden zonder dat daar evenredige inkomsten tegenover staan: mensen zonder inkomsten of vooruitzichten op werk vallen ten laste van het sociaal systeem; verhoudingsgewijs wonen allochtonen - en ook kansarme Belgen - meer geconcentreerd in arme wijken met slechtere behuizing, hebben ze een minder gezond voedingspatroon en zijn ze meer blootgesteld aan gezondheidsrisico's dan niet-kansarme autochtone Belgen of Europeanen.

7. de toenemende invloed van Europa

Over de toenemende invloed van Europa zouden we enkele uren kunnen praten, maar laat ik volstaan met twee aspecten.

Enerzijds zijn de Europese lidstaten verplicht om de Europese regelgeving om te zetten in nationale wetgeving. Het gaat hier dan vooral om het recht van EU-onderdanen om in een andere lidstaat te worden verzorgd tegen een terugbetaling gelijk aan het bedrag dat de ziekteverzekering voor dezelfde prestatie in het eigen land zou betalen. Andere zaken betreffen o.m. de erkenning van geneesmiddelen en van diploma's.

Anderzijds eist Europa ook van de lidstaten dat ze een begroting indienen met een tekort van minder dan 3%, wat in sommige landen al heeft geleid tot drastische besparingen in de gezondheidssector.

8. het leefmilieu

Het wordt alsmaar duidelijker dat de aantasting van het leefmilieu een negatieve invloed heeft op onze gezondheid. Er gaat haast geen week voorbij of er worden wel nieuwe verbanden ontdekt.

Bijkomende problemen zijn dat de schadelijke invloed van giftige stoffen in het leefmilieu vaak eerst jaren later aan het licht komt en dat we aan zo'n grote cocktail van chemicaliën worden blootgesteld dat het vaak onmogelijk wordt om te achterhalen welke substantie precies voor welke aandoeningen verantwoordelijk is.

Over wat de medische gevolgen zullen zijn van de opwarming van de aarde is zo mogelijk nog minder bekend.

2.3 Andere evoluties binnen de ziekteverzekering

Ik vermeld in het kort nog een aantal andere evoluties binnen de ziekteverzekering:

1. het uit elkaar groeien van de regio's

Als ziekenfondsen zijn we geen voorstanders van een splitsing van de ziekteverzekering in een Vlaams en een Waals stelsel. Wèl vinden we dat niet objectief verklaarbare uitgavenverschillen moeten worden weggewerkt.

Uit de rapporten Jadot eind jaren negentig blijkt dat de uitgavenverschillen tussen de regio's blijken niet zo groot zijn als aanvankelijk gedacht en dat er ook grondige verschillen waren tussen arrondissementen binnen eenzelfde regio.

Het is echter wel een feit dat er een andere zorgcultuur bestaat aan weerszijden van de taalgrens. Zo is de eerstelijnszorg meer uitgebouwd in Vlaanderen, terwijl men in Wallonië sneller een beroep doet op (duurdere) ziekenhuiszorg.

2. meer grensoverschrijdende samenwerking

Door de toenemende Europese eenwording dringt zich ook de nood op om grensoverschrijdend samen te werken. Het heeft immers weinig zin om in grensregio's een nieuw ziekenhuis of een nieuwe dienst te openen wanneer er reeds zo een bestaat aan de andere kant van de grens. In de jaren negentig werden in het kader van Interreg tal van projecten opgestart in de zgn. Euregio's.

Een mooi voorbeeld van grensoverschrijdende samenwerking is het Frans-Belgisch Gezondheidsobservatorium in de driehoek Kortrijk, Doornik, Rijsel.

Een ander voorbeeld is de Euregio Maas-Rijn met de Belgische provincies Limburg en Luik, Nederlands Limburg en een deel van de Duitse deelstaat Noordrijn-Westfalen.

3. de informatisering van de sociale zekerheid

Zo'n twintig jaar reeds wordt er gewerkt aan de informatisering van de sociale zekerheid. Het gaat hier om honderden gegevensstromen tussen verschillende instellingen en verstrekkers die geautomatiseerd moeten worden.

Specifiek voor wat de sector geneeskundige verzorging betreft, zijn de volgende drie netwerken van belang: Carenet (voor de doorgifte van facturatiegegevens tussen ziekenhuizen en VI's), myCaret (voor de doorgifte van facturatiegegevens tussen individuele verstrekkers en VI's) en eHealth-platform (voor een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg).

4. toenemende integratie

Een probleem in de geneeskunde is dat er te veel vanuit een hokjesmentaliteit wordt gedacht. Specialisten behandelen enkel 'hun' probleem en zeker bij complexe pathologieën worden patiënten doorverwezen van de ene arts naar de andere en hebben ze het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden gestuurd.

Dit leidt tot overbodige onderzoeken die veel tijd en geld kosten. Bovendien ontbreekt soms ook een globaal overzicht.

Daarom worden voor een aantal pathologieën vaste zorgprogramma's en zorgtrajecten uitgestippeld, zodat patiënten en verstrekkers precies weten waar ze aan toe zijn. Zo bestaan er zorgprogramma's cardiologie, oncologie, pediatrie en reproductieve geneeskunde en zorgtrajecten voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie.

5. Een toename van het aantal niet-verzekerden

Uit de gegevens van het RIZIV blijkt ook duidelijk een toename van het aantal niet-verzekerden. Begin 2004 telden we voor heel het land 72.618 niet-verzekerden, maar dat aantal is geleidelijk opgelopen tot 103.890 in 2009, waarna het aantal lichtjes daalde tot 103.011 in 2010.

In tegenstelling tot wat we zouden verwachten, maken asielzoekers en mensen zonder papieren geen deel uit van deze categorie niet-verzekerden aangezien zij slechts hoogst uitzonderlijk een recht openen in de ziekteverzekering door zich in te schrijven in een ziekenfonds en ze dus niet gekend zijn.

Asielzoekers en mensen zonder papieren bevinden zich dus in een grijze zone waarop de VI's helaas geen zicht hebben. In het beste geval kunnen ze een beroep doen op gezondheidszorgen via het OCMW of via opvangcentra.

2.4 Mondiger wordende patiënten

Het is een tendens in de hele samenleving dat de mensen steeds mondiger worden. De tijd dat ‘mijnheer dokter’ en ‘mijnheer pastoor’ nog kritiekloos op een sokkel stonden ligt definitief achter ons. De burger wil zelf mee kunnen beslissen.

Uiteraard keuren we deze evolutie naar meer democratie en meer participatie goed, maar als actor in de gezondheidszorg moeten we ons wel bewust zijn van de consequenties.

Persoonlijk zie ik vier grote aspecten op het vlak van de mondigheid van de patiënt: de wettelijke vastlegging van de patiëntenrechten, de medical shopping, de patiënten die zelf organisaties oprichten en tenslotte de ontzuiling.

1. Wet op de patiëntenrechten

De rechten van de patiënt zijn met de wet van 22/8/2002 op een overzichtelijke manier samengebundeld in één tekst, wat ongetwijfeld een goede zaak is. De wet voorziet in zeven basisrechten:

1. Kwaliteitsvolle dienstverstrekking
2. De vrije keuze van een beroepsbeoefenaar
3. Informatie over de persoonlijke gezondheidstoestand
4. Toestemming in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar
5. Een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier, met mogelijkheid tot inzage en afschrift
6. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer
7. Het neerleggen van een klacht bij de bevoegde ombudsfunctie

2. Medical shopping en een toename van klachten

Die rechten hebben evenwel ook een minder aangename keerzijde.

Vooreerst leggen sommige patiënten zich niet neer bij een slechte diagnose en kunnen de confrontatie met pijn, beperking of het naderend levenseinde niet aanvaarden. Op zich is er niets mis met het vragen van een ‘second opinion’ voor zware ingrepen.

Het wordt echter anders wanneer patiënten het vertrouwen in de arts verliezen en geloven, terecht of ten onrechte, dat ‘die andere arts’ hun probleem wel zal kunnen oplossen omdat ze succesverhalen gehoord hebben van andere patiënten.

Uiteraard moeten we als verzorgers en als ziekenfondsen begrip het nodige begrip opbrengen voor de situatie van de patiënt die zich aan elke strohalm wil vastklampen, maar dat belet echter niet dat we blind moeten zijn voor het kostenplaatje dat eraan vasthangt:

- de ziekteverzekering moet meer prestaties terugbetalen, terwijl we net het aantal overbodige verstrekkingen trachten te beperken;
- heel wat artsen raken gedemotiveerd wat uiteraard zijn weerslag heeft op de kwaliteit van de verzorging. Met de vrees voor klachten gaan ze zich ook indekken tegen juridische procedures. De verzekeringspremies die ze zelf moeten betalen, zullen ze vroeg of laat op de patiënten verhalen via hogere honoraria; nu reeds weigeren bepaalde artsen in de VS risicovolle operaties uit te voeren uit vrees voor hoge schadeclaims achteraf. Is het dat wat wij willen???

- de ‘mondige’ patiënt dreigt verloren te lopen in de doolhof van de zorgverlening.

3. Patiëntenorganisaties

Er wordt meer en meer belang gehecht aan inspraak van de patiënt in het zorgproces.

Overigens weet elke zorgverlener dat de zorg beter is als de patiënt in de besluitvorming betrokken wordt, als hij participeert. Met de wet op de patiëntenrechten is de ‘*informed consent*’ het vertrekpunt van elke zorgverlening.

Patiëntenorganisaties en zelfhulpgroepen rijzen als het ware uit de grond. In verschillende EU-lidstaten worden ze officieel erkend en bij het beleid betrokken.

In België bestaan er twee koepels van patiëntenverenigingen, het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en de *Ligue des Usagers des Services de Santé* (LUSS), die zowel op federaal als op regionaal niveau worden erkend en gesubsidieerd.

Als VI's vertegenwoordigen wij uiteraard ook de patiënten in de overlegorganen van het RIZIV. Met de ziekenfondswet van 6/8/1990 zijn wij als ziekenfondsen overigens verplicht om om de zes jaar mutualistische verkiezingen te organiseren.

4. De ontzuiling

Tot lang na de tweede wereldoorlog zag het politieke landschap er in België vrij statisch uit met drie grote zuilen waarbinnen zich het grootste deel van het sociale leven afspeelde. De christelijke, de socialistische en de liberale zuilen hadden/hebben elk hun eigen partijen, ziekenfondsen, vakbonden en verenigingen voor specifieke bevolkingscategorieën, zoals jongeren en gepensioneerden.

Daardoor bleven mensen vaak hun leven lang en van generatie op generatie verbonden met hun specifieke zuil.

Vandaag de dag stellen we vast dat die zuilgebondenheid weliswaar niet verdwenen is, maar dat ze toch sterk is afgebrokkeld.

Voor de ziekenfondsen, en dan zeker voor de numeriek minder in aantal zijnde, betekent zulks dat ze nog meer inspanningen moeten doen om hun marktpositie te behouden: mensen worden of blijven niet meer automatisch lid, maar ze gaan ziekenfondsen met elkaar vergelijken op zoek naar degene die de meeste voordelen bieden.

Regelmatig gaan er stemmen op om de ziekenfondsen af te schaffen en te vervangen door één overheidsmutualiteit met als argument dat die zogezegd goedkoper zou zijn en de ‘ongezonde politieke beïnvloeding’ uit de wereld zou helpen. Ik ben het daar niet mee eens om de volgende redenen:

- er is nergens bewezen dat een overheidsmutualiteit goedkoper zou werken: de dienstverlening moet immers nog steeds worden verzekerd;
- doordat alle concurrentie wegvalt, dreigt de kwaliteit van de dienstverlening er op achteruit te gaan;
- mutualiteiten en bevriende politieke partijen zijn niet zo sterk met elkaar verweven als in de media vaak gesuggereerd wordt. Alvast voor wat de liberale zuil betreft, zijn partij en mutualiteit onafhankelijke organisaties, zonder organisatorische bindingen;
- nog voor wat de politiek betreft: als middenveldorganisatie is het normaal en zelfs noodzakelijk dat we de problemen die we op het terrein ervaren, kenbaar maken aan

politici en dat we oplossingen suggereren. Het gaat immers niet zozeer om problemen rond de eigen werking, maar vooral om problemen rond de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg;

- tenslotte mag men ook het aspect tewerkstelling niet uit het oog verliezen. Momenteel werken er meer dan 15.000 mensen voor een ziekenfonds of een landsbond: allemaal banen en vooral ook expertise die grotendeels verloren zouden gaan bij een grootschalige fusie-operatie.

3 Wat kunnen de ziekenfondsen doen?

Moet de opsomming die ik zonet gegeven heb ons pessimistisch maken? Ik denk van niet: angst is immers altijd een slechte raadgever.

Omdat het om grote maatschappelijke uitdagingen gaat die overigens onze landsgrenzen ver overschrijden, is de actieradius van de ziekenfondsen eerder beperkt – wat uiteraard niet belet dat wij als ziekenfondsen wel enige invloed kunnen uitoefenen.

Dat de ziekenfondsen zich moeten aanpassen aan een steeds veranderende samenleving is echter duidelijk: insiders weten overigens dat ze dat ook voortdurend doen! Daar komt nog bij dat de ziekenfondsen financieel geresponsabiliseerd zijn voor de kwaliteit van hun werking en voor te hoge uitgaven voor geneeskundige verzorging. In mensentaal gezegd: niet naar behoren werken kost de ziekenfondsen geld en zou hun werking op enkele jaren tijd compleet de dieperik in helpen!

3.1 Hefbomen naar een rechtvaardige samenleving

Ik ben ervan overtuigd dat de ziekenfondsen, niet enkel in België, maar ook internationaal, een hefboom zijn naar een rechtvaardige samenleving:

1. ze zijn **laagdrempelig**: zoals ik al zei, is iedereen verplicht om bij een ziekenfonds aan te sluiten en alle ziekenfondsen beschikken over een wijd vertakt netwerk van plaatselijke kantoren en medewerkers tot in de kleinste dorpen;
2. ze werken **goedkoper dan verzekeringsmaatschappijen** omdat zij **geen toegang hebben tot de kapitaalmarkt** en ze ook geen rekening hoeven te houden met de belangen van de aandeelhouders;
3. ze organiseren een **gezonde concurrentie voor de beste dienstverlening**;
4. ze werken op basis van het **solidariteitsprincipe**: gelijke rechten voor iedereen en geen risicoselectie.

Ik kan u overigens meedelen dat de ziekenfondsen momenteel binnen de internationale koepelorganisatie AIM werken aan de totstandkoming van een **Europees statuut** omdat zulks een erkenning inhoudt van hun werking en een bescherming tegen de oprukkende commercialisering in de gezondheidszorg.

3.2 Welke taken of functies moeten de ziekenfondsen vervullen?

We hebben er reeds op gewezen dat de hoofdtaak van de VI's die van doorgeefluik is van geld tussen het RIZIV enerzijds en de patiënten en verstrekkers anderzijds.

In het kader van deze uiteenzetting ga ik hier momenteel niet verder op in, maar we gaan kijken hoe we het best kunnen inspelen op de verschillende probleemgebieden die ik zonet geschetst heb. Globaal genomen doen we dat op drie manieren.

1. De ziekenfondsen **evolueren van uitbetalingsinstellingen naar dienstencentra en servicepunten en van ziekteverzekeraars naar gezondheidsdienstverleners** in de zin van:

- de regisseur en coördinator van de optimale zorg;
- gezondheids- en preventie-adviseur;
- optimaal beheerder van de toegekende middelen als een goede huisvader;
- de begeleiding van arbeidsongeschikte verzekerden naar reïntegratie.

2. De ziekenfondsen zijn de **beheerders van gegevensbanken** ten voordele van de verzekerden bij de uitwisseling van gegevens tussen ziekenhuizen, artsen, paramedici en andere zorgverleners.

Het is de bedoeling om die gegevensbanken te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Helaas botsen we hierbij op de Belgische privacywetgeving die de koppeling van verschillende gegevensbestanden vrijwel onmogelijk maakt, dit in tegenstelling tot een land als Zweden.

Als VI's roepen wij de federale regering dan ook op om de wetgeving in die zin aan te passen dat het gebruik van gegevens voor onderzoek, dus om een morele en geen commerciële reden, wel zou worden toegelaten.

Ik verwijs hierbij naar het onderzoek dat de Belgische ziekenfondsen momenteel, in samenwerking met twee professoren, voorbereiden naar de relatie tussen het wonen in een vervuilde omgeving en de consumptie van geneesmiddelen voor ademhalingsziekten.

3. De rol van de ziekenfondsen als **vertegenwoordigers en behartigers van de belangen van de patiënten en de leden** moet bevestigd worden.

De nieuwe taken die de VI's krijgen betekenen uiteraard niet dat ze hun basisopdrachten moeten opgeven. Hun kerntaken staan duidelijk omschreven in art. 3 van de ziekenfondswet van 6/8/1990:

- de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- het financieel tussenkomen voor hun leden en de personen te hunnen laste, in de kosten voortspruitend uit de preventie en behandeling van ziekte en invaliditeit of het toekennen van uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of wanneer zich een toestand voordoet waarbij het fysiek, psychisch of sociaal welzijn kan worden bevorderd;
- het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn, onder meer bij het vervullen van de opdrachten in de verplichte en de aanvullende verzekering.

Dit betekent uiteraard dat er **geen plaats is voor allerlei luxeproducten** die niets met de ziekteverzekering te maken hebben en die vaak ook slechts ten goede komen aan een beperkt en kapitaalkrachtiger publiek. De Controledienst moet hierin zijn verantwoordelijkheid opnemen bij de goedkeuring van de nieuwe diensten.

3.3 Ondersteunen van de mantelzorg

Door de vergrijzing stijgt ook de **zorgvraag van mensen de komende jaren**, terwijl het budget van de overheid niet in gelijke mate mee evolueert. Steeds meer mensen zullen op een bepaald moment zorgen nodig hebben die de professionele zorgsector niet alleen kan opvangen.

Bovendien leeft er vandaag een tendens tot **vermaatschappelijking van de zorg** waarbij ouderen, zieken en mensen met een beperking als volwaardige burgers in de samenleving worden erkend en zo ook de kans moeten krijgen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen.

Daarom wordt mantelzorg – de informele zorg aan een zorgbehoevende, verleend door de partner, de kinderen of de buren – alsmaar belangrijker. Het is een essentiële voorwaarde om als zwaar zorgbehoevende persoon thuis te kunnen blijven wonen. Mantelzorgers bieden de zorgbehoevende immers extra zorg aan vanuit een familiale of vriendschappelijke band.

Omdat het bieden van mantelzorg vaak zwaar en belastend kan zijn, willen verschillende ziekenfondsen de mantelzorgers bij hun zorgfunctie ondersteunen.

Zo richtten de Liberale Mutualiteiten in 2000 voor het Vlaamse landsgedeelte de **vzw Liever Thuis LM** op. Deze vereniging werd erkend als één van de zes Vlaamse verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers en kent een **ruim ondersteuningsaanbod**. Door het verstrekken van informatie via diverse kanalen maakt de vereniging mantelzorgers en gebruikers wegwijs in de complexe wereld van vergoedingen, tussenkomsten en regelgevingen. Daarnaast komt ze samen met de Liberale Mutualiteit ook op gemeentelijk en provinciaal vlak op voor de belangen van mantelzorgers en gebruikers en pleit ze voor de **invoering van een mantelzorgpremie in alle gemeenten en provincies**.

Ik kan u ook vertellen dat ik als gemeenteraadslid in mijn eigen stad Roeselare samen met Liever Thuis LM gedurende jaren aan de kar getrokken heb voor de invoering van een mantelzorgpremie. Ondanks heel wat tegenkanting, ging deze premie begin dit jaar dan toch van start. Ik hoop vurig dat de gemeenten en steden die zo'n premie voorzien, een voorbeeld mogen zijn voor de andere plaatsen waar dat vooralsnog niet het geval is.

3.4 Hoe gaat dit alles nu concreet in zijn werk?

1. Voor de evolutie van de VI's naar **dienstencentra en servicepunten**: de VI's moeten zich profileren als **contact- en servicecentra voor informatie, onderzoek en belangenbehartiging** voor de leden en naar de overheid toe. Hierbij maken ze optimaal gebruik van de volledige datagegevens, de antecedenten en de toekomstverwachtingen. Dit alles moet uiteraard transparant en consulteerbaar zijn voor de gebruiker.
 - de **uitbouw van de GVO-functie** (gezondheidsvoorlichting en –opvoeding) en de taken van de ziekenfondsen op het vlak van **milieuziekten**;
 - meer betrokkenheid bij het beleid door **gegevensverzameling** voor het IMA (Intermutualistisch Agentschap) en het Federaal Kenniscentrum;
 - specifiek voor Vlaanderen denken we aan de uitvoering van het **decreet betreffende de Vlaamse sociale bescherming**, in het bijzonder de zorgverzekering, de toekomstige kindpremie, de Vlaamse hospitalisatieverzekering, de maximumfactuur in de zorg en de verhoogde tenlasteneming.

Tijdens de begrotingsopmaak voor 2013 heeft de Vlaamse Regering de uitvoering daarvan helaas voor onbepaalde tijd verdaagd.

- de **Europese werking**: in het kader van de Interregprojecten, vertegenwoordiging in Europese werkgroepen (o.m. AIM en HEAL), helpen bij de oprichting van ziekenfondsen in andere landen.
2. Voor de **evolutie naar gezondheidsdienstverleners**: in de nabije toekomst vergroten de rollen van het ziekenfonds als gezondheidscoach, preventieadviseur en begeleider van de aangeslotenen in persoonlijke acties. Daarbij moeten ze een beroep kunnen doen op andere personen en diensten, zoals rookstopregisseurs, diabetesconsulenten, bewegingsadviseurs en werkers rond valpreventie.

Het ziekenfonds wordt terzelfdertijd de reële en virtuele begeleider en adviseur van de aangeslotene voor het domein welzijn en gezondheid, met inbegrip van juridische, technische en administratieve ondersteuning.

- de **dienst maatschappelijk werk** van het ziekenfonds treedt op als de regisseur en coördinator van de optimale zorg en als zorgbegeleider in complexe zorgsituaties.

Dit kan door de samenwerking tussen verschillende hulp- en zorgverleners te ondersteunen, zowel intra- als extramuraal. De overlegcoördinator van het ziekenfonds roept de partijen die bij de zorg betrokken zijn samen om te overleggen over de optimale afstemming van de zorg: dit zijn bvb. de huisarts, de ziekenhuisarts, de verpleegkundige, de kinesist, de apotheker, de gezinshelpster, de maatschappelijke assistent van het ziekenfonds, de ergotherapeut van het OCMW en de mantelzorgers en eventueel de patiënt zelf;

- door de uitbouw van **case management** kan het ziekenfonds of een andere instantie de patiënt begeleiden door het vaak complexe zorgtraject;
- de functie van **toegangspunt voor de patiënt tot zijn eigen gegevens** (via *informed consent* kan de patiënt de toestemming geven aan bepaalde verstrekkers om zijn zorggegevens te consulteren). In Vlaanderen verlenen we onze medewerking aan VITALINK-project (een platform voor elektronische gegevensdeling tussen verschillende zorg- en welzijnsactoren);
- in het kader van de verzekerbaarheid en de uitkeringen moeten we meewerken aan de **totstandkoming van een ‘uniek loket’**. Dat betekent dat de mensen ook voor hun rechten in andere takken van de sociale zekerheid bij hun ziekenfonds terecht kunnen. Dit impliceert uiteraard dat we contacten moeten uitbouwen met andere instanties, zoals de OCMW's, vakbonden en sociale verzekeringsfondsen voor zelfstandigen voor een vlotte gegevensdoorstroming.

Voor wat het **probleem van de niet-verzekerden** betreft, doen de ziekenfondsen alle nodige inspanningen om hen terug in regel te brengen, hoewel de eindverantwoordelijkheid uiteindelijk wel bij de niet-sociaal verzekerde zelf ligt;

- de ziekenfondsen krijgen ook een belangrijke taak in de **begeleiding van arbeidsongeschikte verzekerden naar reïntegratie** door deelname aan een medico-sociale equipe, samen met bvb. de VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling) en het VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap);
- het **uitbouwen van contacten met patiëntengroeperingen (o.a. zelfhulpgroepen) en armoede-organisaties**. We mogen hierbij immers niet uit

het oog verliezen dat de ziekenfondsen in de verplichte ziekteverzekering beschouwd worden als de vertegenwoordigers van de patiënten.

4 Besluit

Ik heb in het kort een aantal aspecten van de ziekenfondswerking aangestipt. De ziekenfondsen zijn ontstaan in de negentiende eeuw in een klimaat van diepe armoede en van de bijna complete afwezigheid van sociale rechten voor het gros van de bevolking.

Anderhalve eeuw later is de situatie met de invoering van het algemeen stemrecht, de arbeidswetgeving en de sociale zekerheid gelukkig grondig verbeterd. Het is uiteraard ons aller verantwoordelijkheid om dat ook zo te houden.

Als ziekenfondsen hebben we na de tweede wereldoorlog wettelijk een vaste plaats gekregen binnen de verplichte ziekteverzekering.

Dit houdt echter in dat de ziekenfondsen geen eilanden zijn die los zouden staan van de rest van de samenleving. Ze worden immers vanuit publieke middelen gefinancierd en ze zijn dan ook tenvolle bereid om zich voortdurend aan te passen aan de steeds veranderende noden. Ik kan u overigens zeggen dat het evaluatiesysteem van de ziekenfondsen binnenkort ook grondig zal worden aangepast in functie van een aantal **sleutelprocessen voor hoe een goed werkend ziekenfonds er moet uitzien**.

Die zeven processen zijn:

- de informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe
- de correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen
- de correcte, uniforme en tijdige uitvoering van betalingen
- de detectie en nauwgezette opvolging van de vorderingen
- de organisatie van de nodige controlemechanismen op de verschillende niveaus
- de samenwerking met het RIZIV en de medewerking aan de uitvoering van het beleid van de Minister van Sociale Zaken
- het boekhoudkundig beheer

Aan die aanpassing hebben alle ziekenfondsen hun medewerking verleend.

Ik heb u zonet geschetst hoe wij zullen inspelen op bepaalde maatschappelijke problemen en we houden er terdege rekening mee dat de huidige economische crisis ons nog voor belangrijke uitdagingen zal plaatsen.

Maar alleszins: ziekenfondsen zijn en blijven de hefbomen naar een rechtvaardiger samenleving!

In samenspel en samenspraak met de ziekenhuizen moeten we instaan voor de best mogelijke toegang en het leveren van de best mogelijke en nodige zorg van onze verzekerde of patiënt.

DIT IS DE KERNTAAK VAN ELKE ACTOR IN DE ZORGSECTOR !

Het verheugt mij op dit symposium, namens de liberale mutualiteiten, mijn steentje te kunnen bijdragen en indien er bepaalde nieuwe vragen naar de ziekenfondsen toe zouden komen, zal ik die uiteraard graag meenemen.

Geert Messiaen

Contents

Symposium ICURO: ‘Ziekenfonds: een veranderende rol in een veranderende gezondheidszorgwereld’	1
1 Wat is de taak van de ziekenfondsen binnen de ziekteverzekering?	1
1.1 De verplichte ziekteverzekering	1
1.2 Andere taken van de ziekenfondsen	2
1.3 Het driepijlersysteem	3
2 Recente evoluties binnen de ziekteverzekering.....	3
2.1 Het probleem van de toegankelijkheid van de zorg	3
2.1.1 Welke problemen?.....	3
2.1.2 Voorstellen van de ziekenfondsen.....	6
2.2 Factoren die de uitgaven omhoog drijven	8
2.3 Andere evoluties binnen de ziekteverzekering.....	10
2.4 Mondiger wordende patiënten	12
3 Wat kunnen de ziekenfondsen doen?	14
3.1 Hefbomen naar een rechtvaardige samenleving.....	14
3.2 Welke taken of functies moeten de ziekenfondsen vervullen?.....	14
3.3 Ondersteunen van de mantelzorg	16
3.4 Hoe gaat dit alles nu concreet in zijn werk?	16
4 Besluit.....	18