

Memorandum Landsbond van Liberale Mutualiteiten

Krachtlijnen voor het gezondheidsbeleid: federaal niveau

1 Een federaal georganiseerde sociale zekerheid

De ziekteverzekering (geneeskundige verzorging en uitkeringen) moet deel blijven uitmaken van een **federaal georganiseerde sociale zekerheid**.

De voorgestelde splitsing van de sociale zekerheid kadert in een logica van confederalisme.

Verspillingen en inefficiënties moeten worden aangepakt, zodat de vrijgekomen middelen opnieuw in het systeem kunnen worden geïnjecteerd. De eindverantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid dient bij één minister te liggen. Daarenboven dringt zich een gecoördineerd coherent beleid op met een duidelijke langetermijnvisie op de zorg.

Een ziekteverzekering, zoals uitgevoerd door de ziekenfondsen, kan enkel functioneren op basis van **solidariteit** en dit niet alleen in de eerste pijler (de verplichte ziekteverzekering), maar ook in de tweede (aanvullende diensten), temeer daar het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg meer en meer onder druk komt te staan.

Het federale niveau kan daardoor ook beter het hoofd bieden aan de uitdagingen van de vergrijzing en de financiële beperkingen in de gezondheidszorg.

Decentralisering mag niet leiden tot een verschillend aanbod van gezondheidsdiensten in de regio's en tot verschillende gezondheidsprofielen van de lokale bevolking.

2 Zesde staatshervorming in het kader van de gezondheidszorg

De zesde staatshervorming wordt voorgesteld als een grote hervorming die de regio's slagkrachtiger moeten maken:

- Een fundamentele vraag die wij ons stellen is welke meerwaarde die biedt voor de patienten.
- De hele omschakeling en het toepassen van minstens twee verschillende regelgevingen voor materies waarvoor er nu slechts

één is, veroorzaken ongetwijfeld een aanzienlijke toename van de werklust en de kosten voor de ziekenfondsen.

- We pleiten ervoor om de administratieve uitvoering van de overgehevelde bevoegdheden, voor wat de ziekteverzekering betreft, te laten uitvoeren bij de ziekenfondsen.
- Zowel voor de patiënt als voor de verstrekker is het belangrijk om deze wijzigingen gespreid in de tijd door te voeren en om vooral in de beginfase een zekere continuïteit te handhaven.

De Liberale mutualiteiten vragen uitdrukkelijk dat er in de legislatuur 2014-2019 niet zou worden gestart met een zevende staatshervorming, maar dat eerst de uitvoering van de zesde staatshervorming zou worden afgewerkt en dat alle onduidelijkheden op dat vlak zouden worden opgelost.

3 Een centrale plaats van de ziekenfondsen

Als organisaties van burgers, sociaal verzekeraars en beheerders van de ziekteverzekering, **bekleden de ziekenfondsen (verzekeringsinstellingen of VI's) een centrale plaats in het zorgsysteem.** Meer dan gelijk welke andere speler op het terrein ontwikkelen ze een globale visie op het gezondheidsbeleid, rekening houdend met de noden van de burgers. Ze bieden dan ook een essentiële meerwaarde in de vaststelling en de uitvoering van het gezondheidsbeleid.

De ziekenfondsen willen, in een geest van overleg met alle actoren, op een constructieve manier verder blijven werken aan de totstandkoming van een gezondheidsbeleid dat gericht is op de voortdurende verbetering van de kwaliteit en de toegang tot de zorgen, in het bijzonder voor de zieken en degenen die ze het meest nodig hebben.

De ziekenfondsen moeten de nodige middelen krijgen om hun dienstverlening blijvend te kunnen verzekeren.

Het gaat hierbij niet enkel om financiële, maar ook om juridische middelen, o.m. voor het vlotter toekennen van bepaalde rechten aan verzekerden.

Organisatorisch houdt dit ook een **betere onderlinge afstemming in van de verschillende sectoren van de sociale zekerheid**, zodat de toekenning van voordelen in één sector niet meer leidt tot verlies ervan in de ziekteverzekering. Grensbedragen om recht te hebben op bepaalde voordelen moeten intersectorieel worden vastgelegd en de gegevensbanken in de sociale zekerheid moeten beter op elkaar worden afgestemd.

Met het oog op de kwaliteit mag de **taak van de adviserend geneesheren niet worden weggeautomatiseerd.** Hun takenpakket

dient daarentegen nog meer nadruk te leggen op de begeleiding van verzekerden en verstrekkers. Voor wat dit laatste aspect betreft, dienen de acties van de adviserend geneesheren meer intermutualistisch gecoördineerd te worden, vooral wanneer het gaat om 'preventieve' acties gericht naar verstrekkers.

De uitwisseling van gegevens tussen de adviserend geneesheren en de verstrekkers of tussen de adviserend geneesheren en de controleartsen van andere sociale zekerheidsinstellingen (vb. RVA, DGPH, ...) moet worden vereenvoudigd door een elektronische deling van gegevens (rekening houdend met de privacy-wetgeving).

Het verzekeren van een efficiënte dienstverlening door de VI's dreigt echter te worden gehypothekeerd doordat de financiële middelen voortdurend verminderen.

Naar aanleiding van de zesde staatshervorming dienen hoe dan ook middelen te worden vrijgemaakt voor de ziekenfondsen om de aan hen toevertrouwde overgehevelde bevoegdheden deftig te kunnen uitvoeren.

De beste manier om kosten in de gezondheidszorg te vermijden is ervoor te zorgen dat de mensen gezond blijven, vandaar de uitdaging: **meer middelen voor preventie** vrijmaken.

4 Het verbeteren van de toegankelijkheid

Om de **toegankelijkheid voor iedereen te verbeteren**, moeten de maximumfactuur verder worden verfijsd en de rechten van zelfstandigen voor de uitkeringsverzekering volledig worden gelijkgeschakeld met die van de loontrekkenden.

In alle regio's van het land dienen de inwoners een beroep te kunnen doen op een verzekering die de bijkomende kosten dekt in geval van **afhankelijkheid**.

Gezondheidsrechten, zoals de derdebetalersregeling en het OMNIO-statuuut, zouden **automatisch moeten worden toegekend aan kansarmen**, zonder dat de persoon in kwestie ze moet vragen aan de arts of het ziekenfonds.

Om de betrokkenheid van alle lagen van de bevolking blijvend te garanderen, moet iedereen recht hebben op een voldoende hoog pakket van verzekerde zorgen. Er mogen dus ook nooit inkomensplafonds worden ingevoerd waarboven mensen niet meer verplicht verzekerd zouden zijn (cfr. NL en D) en de dekking moet universeel blijven.

Het ontzeggen van therapeutische of medische ingrepen vanaf een bepaalde leeftijd is ontoelaatbaar.

Het beleid dient de nodige voorwaarden te creëren voor een zo groot mogelijke arbeidsparticipatie van alle bevolkingsgroepen.

5 Geen privatisering

De ziekteverzekering en de gezondheidszorg zijn fundamentele sectoren in de samenleving; om een evolutie naar een duaal systeem te vermijden met een kwaliteitszorg die enkel toegankelijk is voor wie ze kan betalen, **mogen ze niet worden geprivatiseerd**.

Het toelaten van commerciële initiatieven in de gezondheidszorg moet daarom zoveel mogelijk worden beperkt en kan slechts binnen strikte voorwaarden: zo moeten ze passen binnen de planning, hun prijzen voor de patiënten mogen niet hoger liggen dan in de publieke sector en ze moeten voldoen aan minimale kwaliteitseisen. Dit sluit echter niet uit dat kleinschalige initiatieven in de gehandicaptensector wel degelijk een meerwaarde kunnen bieden en dus ondersteuning verdienen.

6 Nood aan voldoende verstrekkers

De overheid dient de nodige maatregelen te nemen om het **aanbod aan verstrekkers** (huisartsen, verpleegkundigen, pediaters, psychiaters, geriateren ...) **te garanderen**, o.m. door het aantrekkelijker maken van bepaalde beroepen. De numerus clausus dient op zich niet te worden afgeschaft, maar de quota moeten wel worden verfijnd naar de verschillende specialisaties toe en waar nodig worden opgetrokken.

Een **aangepaste contingentering** moet leiden naar kwaliteit en het opvullen van noden waar nodig. Dit betekent dat ze rekening moet houden met de huidige en verwachte noden, zoals het gebrek aan huisartsen, geriateren, kinderpsychiaters. Ze moet de patiënten de waarborg bieden dat zij ook in de toekomst een beroep zullen kunnen doen op gemotiveerde en bekwame artsen.

De discussie over het aanbod van artsen in België is te belangrijk om te voeren in termen van communautaire tegenstellingen.

De Liberale mutualiteiten pleiten voor het behoud van dit toegangsexamen in het hele land, niet alleen om de ontgoochelingen bij de studenten te vermijden of om de budgettaire inspanning van de overheid goed te besteden, maar vooral om een instroom te hebben van goed gemotiveerde en goed gevormde artsen.

Voorspellen wat de medische noden zijn binnen 9 à 15 jaar blijft echter een moeilijke oefening. De vergrijzing van de huidige artsenpopulatie is te voorspellen, maar de gevolgen van de vervrouwelijking en de terechte verwachtingen van de artsen naar een goed evenwicht tussen werk, gezin en eigen ontwikkeling en de budgettaire en maatschappelijke context zijn dat al veel minder.

Voor de **hoog gespecialiseerde zorg** wordt de kennis best geconcentreerd in een beperkt aantal centra, zowel om financiële redenen als om de nodige ervaring terzake op te bouwen (referentiecentra voor pathologieën en technieken).

Aan de volwaardige uitbouw van een **toegankelijke en multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg** overal in het land dient bijzondere aandacht te worden besteed, zeker in de streken van het land die met een tekort kampen.

7 Een Europees statuut voor de ziekenfondsen

In een steeds verder eengemaakt Europa dringt **grensoverschrijdende samenwerking** zich ook in de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering op omwille van de schaalvoordelen en het comfort van de patiënt. De verschillende Interregprojecten in de grensregio's verdienen dan ook de nodige ondersteuning.

Voor wat de ziekenfondsen betreft, moet een **Europees statuut** waarborgen bieden tegen de oprukkende commercialisering en voor de bescherming van de non-profitwerking van de VI's en van de Belgische ziekteverzekering. Hoewel de motie terzake, het zgn. rapport Berlinguer, in maart 2013 goedgekeurd werd door het Europees Parlement, dreigt de zaak te stranden bij het einde van het mandaat van de huidige Europese Commissie. De Belgische politici dienen dan ook aan te dringen bij de nieuwe Commissie om de draad verder op te nemen.

Ondanks de grote verschillen tussen de verschillende Europese landen, hebben ze enkele **essentiële kenmerken** gemeen:

- het zijn private entiteiten, geregeld door privaat recht en onafhankelijk van de overheid;
- het zijn groeperingen van natuurlijke of rechtspersonen en geen samenbrengen van fondsen;
- ze zijn onderworpen aan democratisch beheer (stemrecht van de leden);
- ze zijn onderworpen aan het solidariteitsprincipe met vrij recht van toetreding of uittreding voor wie aan de voorwaarden voldoet;
- de winsten moeten worden aangewend ten voordele van de leden of van de samenleving.

De Belgische ziekenfondsen schuiven dan ook de volgende **prioriteiten** naar voren:

- het bevorderen van de mutualiteiten als werkingsmodel voor Europa;
- investeren in een beleid van actieve ondersteuning van de sociale diensten voor algemeen belang;
- een geneesmiddelenbeleid verdedigen dat in het belang is van de patiënten;

- het optimaliseren van de coördinatie van zorgen (eHealth, interoperabiliteit van de systemen, grensoverschrijdende zorgen);
- het ondersteunen van een Europese aanpak op het vlak van preventieve gezondheidszorgen en van 'actief ouder worden';
- het bestrijden van ongelijkheden op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg.

8 Responsabilisering van de actoren

Het huidige budgettaire klimaat en de noodzakelijke verhoging van de financiële middelen om tegemoet te kunnen komen aan toekomstige behoeften staan **geen enkele versoepeling toe op het vlak van de uitgavenbeheersing**. De inspanningen op het vlak van de evaluatie van de aanwending van de financiële middelen in het systeem moeten dan ook onverminderd worden verdergezet.

Zulke evaluatie moet uitgaan van de nauwkeurige aanwending van de gegevens die geregistreerd worden door de ziekenfondsen. Om de doeltreffendheid en de opportuniteit van de medische praktijken te verbeteren, zijn de ziekenfondsen voorstanders van een **rechtvaardige responsabilisering van alle actoren**.

De huidige mechanismen die de artsen responsabiliseren voor hun voorschrijfgedrag zijn een goede zaak, zowel voor het in de hand houden van de uitgaven als het voor het waarborgen van de kwaliteit van de verzorging.

Voor wat de **ziekenhuizen** betreft, moeten in de eerste plaats de behoeften van de patiënt centraal staan en niet het bestaande aanbod. Er zal ook meer rekening moeten worden gehouden met de vergrijzing en de samenwerking met andere verzorgingsvormen.

Als actoren in het systeem van de gezondheidszorg zijn de **ziekenfondsen** geresponsabiliseerd voor hun werking en voor het in de hand houden van de kosten voor geneeskundige verzorging. Verder vervullen zij een rol als sociaal bemiddelaars, sociaal verzekeraars en gezondheidscoaches en doen zij inspanningen om hun leden aan te zetten tot een gezondere levensstijl.

9 Milieuziekten

De **toestand van het leefmilieu** en de vele giftige stoffen in de lucht, de voeding, kleding en allerlei gebruiksvoorwerpen dienen te worden erkend als een oorzaak van pathologieën, dit niet in het minst in het kader van de intergenerationele solidariteit.

De ziekenfondsen kunnen een rol spelen in het signaleren van problemen aan de beleidsverantwoordelijken en het promoten van een milieuvriendelijkere levensstijl naar hun leden toe. Ze moeten

vertegenwoordigd zijn in alle nationale instanties die betrokken zijn bij het beleid inzake milieugezondheid.

Het aspect milieugezondheidsopvoeding dient op alle niveaus van het onderwijs te worden geïntegreerd en milieupathologieën moeten ook aan bod komen in de opleiding van alle gezondheidswerkers.

Voor onderzoeksdoeleinden dienen de ziekenfondsen, die nu reeds gebruik kunnen maken van gegevens over verstrekkingen, ook inzage te krijgen in pathologiegegevens, weliswaar steeds met respect voor de privacy.

10 Geestelijke gezondheid

A. Voor de **geestelijke gezondheidszorg** moet er dringend aandacht worden besteed aan:

- een globaal kader dat de richting aangeeft voor een gecoördineerd en coherent geestelijk gezondheidsbeleid voor zowel de zorgverstrekkers, instellingen en diensten die onder de federale overheid ressorteren als diegene die onder de gemeenschappen vallen;
- het probleem van de lange wachttijden;
- het probleem van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Het valt niet te verantwoorden dat consultaties bij een psycholoog niet worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, terwijl dat wel het geval is voor een psychiater;
- de verdere uitbouw van zorgcircuits en zorgnetwerken met voldoende middelen voor preventie door een reallocatie van de ziekenhuisbudgetten;
- de uitbouw van forensische centra.

B. Een maatschappelijk debat dringt zich op in verband met een **teveel aan psychotrope medicatie**.

Een studie, uitgevoerd door het Regionaal Intermutualistisch College van West-Vlaanderen in samenwerking met het IMA (Intermutualistisch Agentschap), heeft recent hallucinante en spectaculaire cijfers gepubliceerd rond het gebruik van psychotrope medicatie, in casu: antidepressiva, Alzheimermedicatie, neuroleptica en methylfenidaat (o.a. Rilatine).

Deze studie alleen al biedt redenen genoeg om dieper in te gaan op het geneesmiddelengebruik in onze maatschappij.

Er moet dringend een maatschappelijk debat worden gevoerd rond de werkzaamheid en het overvloedig voorschrijven van antidepressiva en neuroleptica.

Zo zouden er jaarlijks 850.000 mensen of 7,7% van de Belgische bevolking antidepressiva voorgeschreven krijgen zonder aantoonbare baten, maar wel met blootstelling aan neveneffecten.

Kostengewijs betekent dit +/- 75 miljoen € onnodige uitgaven voor de ZIV en 25 miljoen voor de patiënt.

In casu *Alzheimer*: slechts bij 10 % van de behandelde enig effect. Zelfs bijsluiters van medicamenten raden aan: stop bij het ontbreken / verdwijnen van effect.

In casu *neuroleptica*: bij slechts 20 % van de behandelde ouderen werkt het antipsychoticum beter dan een placebo.

In het kader van het geneesmiddelenverbruik is er een enorme overdiagnose voor wat depressie betreft, wat erop wijst dat er iets schort aan het diagnostisch systeem.

Voorzichtiger voorschrijfgedrag zou ook veel onnodige uitgaven kunnen voorkomen.

Er dient een evenwicht gevonden te worden tussen psychotherapie en medicamenten.

Er is dringend nood aan het opzetten van een gestructureerd beleid in de geestelijke gezondheidszorg, dit ook rekening houdend met de vergrijzing van de bevolking. Het oneigenlijk voorschrijfgedrag dient aangepakt te worden, niet louter repressief, maar in een rechtstreekse dialoog met de zorgverstreker.

Ook voor wat de geestelijke gezondheid betreft, zou het mogelijk moeten worden om de massa gegevens waarover het IMA beschikt – het IMA ontvangt van de zeven VI's op gecodeerde en driemaandelijke basis alle door hun leden gegenereerde uitgaven binnen de verplichte ziekteverzekering – voor studiedoeleinden te koppelen aan de gegevens van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, zonder wettelijke of privacybeletsels.

11 Chronisch zieken

11.1 Algemeen

Op 28/11/2013 bracht de interkabinetten werkgroep 'Chronische Ziekten' van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een oriëntatienota uit om te komen tot een protocolakkoord tussen de federale en de gefedereerde entiteiten voor een Nationaal Actieplan.

Het uitwerken van een **geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken** in België met zes actiedomeinen is een positieve evolutie, zowel organisatorisch voor de patiënten en de zorgprofessionals, als financieel.

Hoewel de Gemeenschappen en Gewesten bij de opmaak van de nota betrokken waren, merken we dat er vrij weinig aandacht wordt besteed

aan de zorg in de RVT's/ROB's en de gehandicaptenzorg, toch ook belangrijke partners in de zorg voor chronische patiënten.

11.2 Specifieke opmerkingen

Als verzekeringsinstelling die de patiënten vertegenwoordigt, hebben we ook enkele specifieke opmerkingen bij de nota.

1. Men erkent dat **chronische ziekten gepaard gaan met bijkomende kwetsbaarheid**, waaronder inkomensverlies, werkonbekwaamheid, extra ziekte- en zorgkosten.

Het gaat echter nog verder dan dat: **chronische ziekten kunnen ook invaliderend werken**, waardoor de patiënt in aanmerking kan komen voor het statuut van 'persoon met een handicap'. We denken hier bvb. aan blindheid en voetamputaties als gevolg van (slecht behandelde) diabetes en aan het uitvallen van de spierfuncties bij MS en ALS.

Aangezien de zorg voor personen met een handicap bij de Gemeenschappen ligt, mag die link zeker niet ontbreken.

Het is zeer belangrijk om een aparte categorie van 'zware patiënten' (chronische patiënt met multi-morbiditeit en/of sterk autonomieverlies) af te bakenen. Hoewel de multimorbiditeit het meest voorkomt bij de derde leeftijd, omvat deze categorie niet alleen bejaarden.

2. Er wordt terecht gepleit voor **case management**, maar men ziet dat in de eerste plaats als taak van de huisarts. Enkel indien de zorgsituatie complexer wordt, dient een case manager te worden ingeschakeld.

Best is dat de **ziekenfondsen** deze taak formeel op zich nemen. Te veel verschillende partners die dat kunnen doen, leidt tot een onoverzichtelijke situatie. Er zijn verschillende argumenten om de eindverantwoordelijkheid bij de ziekenfondsen te leggen:

- het ligt in het verlengde van het veranderende takenpakket van de ziekenfondsen: van uitbetalingsinstelling naar zorgcoach;
- vermits de ziekenfondsen werken op basis van solidariteit, is dat de beste garantie op toegankelijkheid voor iedereen;
- de ziekenfondsen hebben via hun aanvullende diensten goede linken met bepaalde zorgactoren, zoals thuisverpleging en niet-dringend ziekenvervoer. Ook kunnen zij bepaalde eigen diensten voorstellen, zoals noodoproepsystemen.

Uiteraard moeten er wel de nodige informatiedoorstroming zijn tussen de ziekenfondsen en de andere zorgactoren.

Binnen dit luik kunnen de diensten maatschappelijk werk (DMW's) van de ziekenfondsen hun rol definiëren: de competenties hiervoor zijn reeds sterk aanwezig en hun rol moet breed gezien worden, in samenwerking met andere zorgverleners.

De casemanager in de schoot van de DMW's mag dan ook niet gezien worden als een nieuwe functie, maar vanuit het licht van de bestaande, aanwezige zorgverleners op het terrein. Zijn taak mag zich niet beperken tot het medische luik, maar dient eveneens het aspect welzijn te omvatten.

Men kan zich de vraag stellen of een bijzonder competentieprofiel voor de case-manager nodig is. Belangrijk is vooral dat hij of zij dichtbij de patiënt staat, diens vertrouwen geniet en kennis heeft van het terrein.

3. De **rol van de VI's in het gezondheidsbeleid** kan ook worden uitgebreid. Er kan voor worden gepleit om via het IMA of het NIPPIN ook diagnosegegevens bij te houden voor studiedoeleinden, weliswaar met de nodige waarborgen op het vlak van de privacy en het verbod om die gegevens voor andere doeleinden aan te wenden.

Eveneens voor studiedoeleinden en voor het verbeteren van de efficiëntie en de kwaliteit dienen de VI's gebruik te kunnen maken van nuttige gegevens, verzameld door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid.

We zijn er ons van bewust dat dit de nodige weerstand kan oproepen bij artsen en ziekenhuizen, maar de uiteindelijke bedoeling is het efficiënter maken van de zorgverlening.

4. **Het aanbieden van instrumenten voor evaluatie en als beslissingshulp** is belangrijk en voor verschillende sectoren zijn soms verschillende schalen nodig. Toch pleiten we voor het gebruik van dezelfde evaluatieschalen waar mogelijk en voor meer geïntegreerde onderzoeken, dit om te vermijden dat de patiënt verloren loopt in het hele proces. Voor personen met een handicap bvb. pleiten we ervoor dat de onderzoeken voor de inschaling slechts één keer zouden plaats vinden, ongeacht het beleidsniveau en dat de resultaten eventueel ook zouden worden doorgegeven tussen de verschillende diensten ¹.

5. Meer en meer wordt de nadruk gelegd op '**empowerment van de patiënt**'. Dat is uiteraard zeer belangrijk, maar men gaat hier gemakshalve uit van slechts één type van patiënten, nl. de 'mondige' patiënt die over de nodige vaardigheden betreft om zelf de regie in handen te nemen ².

Dat is inderdaad een ideaalbeeld, geschreven op maat van mensen met een redelijk opleidingsniveau die over de nodige vaardigheden terzake beschikken; hoe belangrijk ook voor die specifieke doelgroep, lijkt het in de praktijk voor heel wat mensen onbereikbaar. Het mag niet de bedoeling zijn dat de andere mensen verloren lopen in het systeem.

6. Er moet **een instrument voor preventie worden ontwikkeld** in de context van het multidisciplinair patiëntendossier: voor de algemene

¹ Idem, p. 16.

² Idem, p. 15-17, actie 2.

preventie, op bevolkingsniveau, mag men ook de **GVO-activiteiten van de ziekenfondsen** niet vergeten. Met hun jarenlange ervaring terzake zou het fout zijn om deze bron van informatie links te laten liggen en alle werk over te laten aan de huisarts.

De individuele primaire en secundaire preventie, gericht naar het individu, is in de eerste plaats de taak van de huisarts. Niettemin zouden de ziekenfondsen ook op dat niveau gericht de verzekerden kunnen aanschrijven met gezondheidsboodschappen, zoals het herinneren aan de mogelijkheden voor borstkankerscreening voor vrouwen die daarvoor in aanmerking komen.

12 Onvervulde noden

Doelmatige zorgen, zoals hoorapparaten, psychologische zorg, oogzorg enz., zouden via de verplichte verzekering moeten terugbetaald worden, zoniet dreigen die te verschuiven naar de privésector met alle negatieve aspecten vandien:

- het inflatoir karakter is niet controleerbaar;
- er dreigen meer mensen te worden uitgesloten doordat ze de hogere premies niet kunnen betalen.

13 Ziekenhuisfinanciering

De ziekenhuisfinanciering is een hot item, nu blijkt dat 40 % van de ziekenhuizen uitpakt met negatieve cijfers.

Het is niet verwonderlijk dat het ziekenhuisbudget onder druk komt te staan, gezien grote sectoren, zoals klinische biologie, medische beeldvorming, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen geleidelijk aan een meer correcte prijs krijgen toegewezen, waardoor het bijpassen voor verlieslatende posten moeilijker wordt.

Hoewel het KCE binnenkort een eerste verslag zal neerleggen van het onderzoek naar mogelijke vormen van ziekenhuisfinanciering met de voor- en nadelen van elk systeem en ook bekeken vanuit de ervaringen uit het buitenland, pleiten de Liberale mutualiteiten voor een evolutie naar een **gemengd systeem met een groot deel forfaitaire pathologiefinanciering en een deel per acte**.

Een uitsluitende forfaitarisering en pathologiefinanciering zullen niet zomaar leiden tot minder consumptie, kostenbeparing en meer kwaliteit. Integendeel, ze zouden de voorbode kunnen zijn van het uitselecteren van pathologie, minder kwaliteitsvolle behandelingen en langere wachttijden.

De ziekenhuisfinanciering mag immers niet los gezien worden van andere discussieposten zoals:

- inspraak in het beheer door de geneesheren, met het bepalen van de honoraria-afhoudingen (m.a.w. ook de medische honoraria herzien, zorgen dat ziekenhuisgeneeskunde nog aantrekkelijk blijft, dat afhoudingen redelijk blijven), m.a.w. hoe beheer je een ziekenhuis vanuit medische noden;
- netwerking, waarbij elk ziekenhuis niet alle diensten en technologie moet willen aanbieden (robotchirurgie, cardiale chirurgie, PET, enz.);
- hospitalisatie versus dagziekenhuisactiviteit.

Contents

MEMORANDUM LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN	1
KRACHTLIJNEN VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID: FEDERAAL NIVEAU	1
1 EEN FEDERAAL GEORGANISEERDE SOCIALE ZEKERHEID	1
2 ZESDE STAATSHERVORMING IN HET KADER VAN DE GEZONDHEIDSZORG	1
3 EEN CENTRALE PLAATS VAN DE ZIEKENFONDSEN	2
4 HET VERBETEREN VAN DE TOEGANKELIJKHEID	3
5 GEEN PRIVATISERING	4
6 NOOD AAN VOLDOENDE VERSTREKKERS	4
7 EEN EUROPEES STATUUT VOOR DE ZIEKENFONDSEN	5
8 RESPONSABILISERING VAN DE ACTOREN	6
9 MILIEUZIEKTEN	6
10 GEESTELIJKE GEZONDHEID	7
11 CHRONISCH ZIEKEN	8
11.1 ALGEMEEN	8
11.2 SPECIFIEKE OPMERKINGEN	9
12 ONVERVULDE NODEN	11
13 ZIEKENHUISFINANCIERING	11